



## redactioneel

- Veel ruimte in dit nummer voor het gebeuren binnen de Maatschappelijke Verenigingen: ledenvergaderingen van de Landelijke Specialisten Vereniging, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Apotheekhoudende Huisartsen.
- De discussie over cholesterol en hartinfarct gaat voort. Thans een bijdrage van collega C. P. M. Boot, die de nodige nuanceringsaanbrengt in de controverse naar aanleiding van de vraagtekens die Prof. Dr. F. L. Meijler eerder zette bij de 'vethypothese'.
- Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen brengt verslag uit van de vierde plenaire zitting van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding. De auteur is vice-voorzitter van dit comité, dat tot taak heeft er mede zorg voor te dragen dat de medische opleiding in de Europese Gemeenschap, zowel wat de opleiding tot arts als de aanvullende opleiding betreft, op een vergelijkbaar hoog niveau ligt.
- De secretaris-arts van de KNMG, Dr. H. Roelink, een der beide voorzitters van het Overlegorgaan Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde en lid van de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen, maakte een bewerking voor MC van een inleiding die hij voor de Provinciale Interstafrad Groningen heeft gehouden over de rol van de academisch ziekenhuis in de ontwikkeling van de relatie tussen gezondheidszorg en medische opleidingen.
- De tweede bijdrage van de econoom Drs. W. B. de Greve en van Prof. Dr. H. K. A. Visser, hoogleraar Kindergeneeskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, over professie en management in het ziekenhuis: decentralisatie in de ziekenhuisorganisatie, een model.



Een kleine vijftig werkstukken van leden van de vereniging 'Met pincet en penseel' waren onlangs te bewonderen op een expositie in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. Deze tentoonstelling kwam tot stand met medewerking van de Stichting Ziekenhuis-kunstprogramma en van het bestuur en de directie van het Medisch Centrum Alkmaar. De redactie van MC heeft een groot gedeelte van de werkstukken laten fotograferen en daarmee een serie omslagillustraties ter beschikking gekregen, waarvan de eerste thans is afgedrukt.

Het is een vlakbewerking (zonder titel) van F. J. A. Alkemade, huisarts te Sint-Oedenrode, die wisselend gebruik maakt van allerlei technieken. Motivatie: 'Ik kan het niet laten . . . ik ben vaak op zoek naar de eigen taal van het schilderkunstig gebeuren, niet gebonden aan het visueel herkenbare en eigentijds boodschappelijke.' De maten van dit werkstuk: 78 x 94 cm.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven ..... 534  
*Inzender: Dr. A. F. L. Golterman.*

Ledenvergadering LSV ..... 537

Ledenvergadering LHV ..... 542

Voorzitter Apotheekcommissie LHV  
over onduidelijkheid overheidsbe-  
leid ..... 545

Discussie: Cholesterol en hartinfarct,  
door C. P. M. Boot met een reactie  
van Prof. Dr. F. L. Meijler ..... 547

CAO-Ziekenhuiswezen. Uitspraak  
uitvoeringsregeling overwerk ..... 549

Raadgevend Comité voor de Medi-  
sche Opleiding, door Prof. Dr. C. L.  
C. van Nieuwenhuizen ..... 551

De rol van het academisch zieken-  
huis in de ontwikkeling van de relatie  
tussen gezondheidszorg en medische  
opleidingen, door Dr. H. Roelink .... 555

KNMG-Ledencongres 1978 te Arn-  
hem ..... 558

Professie en management in het  
ziekenhuis II. Decentralisatie in de  
ziekenhuisorganisatie, een model,  
door Drs. W. B. de Greve en Prof.  
Dr. H. K. A. Visser ..... 559

OFFICIEEL ..... 563



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

#### **Bestuur Medisch Contact**

F. Moerman, voorzitter;  
B. Q. A. Enneking,  
onder-voorzitter;  
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);  
G. A. C. Bosch, penningmeester;  
Dr. R. A. de Melker.

#### **Redactie Medisch Contact**

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;  
R. A. te Velde, redacteur;  
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,  
redactrice;  
Mw. C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;  
Mw. W. G. Juffermans-Kaltofen,  
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

#### **Uitgeverij**

Tijl Media BV  
Texelstraat 76-80, Amstelveen,  
telefoon: 020-434346  
telex: 15230.  
advertentie-acquisitie  
telefoon 020-433851.

#### **Abonnementen**

Voor niet-leden van de KNMG f 82,70; losse nummers f 2,35, excl. portokosten (inclusief BTW); buitenland f 87,90.  
Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

#### **Advertenties**

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

#### **Adreswijziging**

Leden der KNMG uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

**Oplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.*

### **BEHANDELING VAN ONGEVALSPATIËNTEN DOOR EERSTE OF TWEDE ECHELON?**

Sinds decennia bestaat een ongeschreven recht van de patiënt die een ongeval heeft ondergaan zich direct bij een ziekenhuis te vervoegen, zij het dat dat destijds alleen was toegestaan indien het ongeval had plaatsgevonden in de uitoefening van het beroep. Na het vervallen van de Ongevallenwet waarin dit was geregeld heeft de directe toeloop van deze patiënten naar het ziekenhuis steeds groter omvang aangenomen. Vanaf 1 juni 1977 werd het recht hiertoe voor de ziekenfondspatiënt ook officieel erkend, doordat een apart tarief voor eenmalige specialistische hulp werd geconstrueerd (een tweede tarief werd ingevoerd voor wondhechten 'inclusief de nabehandeling, zonder verwijzing door de huisarts'). Bovendien is het aantal EHBO-posten waar geen specialistische hulp kan worden geleverd (bijvoorbeeld van een GG & GD) in de loop der jaren sterk teruggelopen.

Het is niet geheel duidelijk waarop het onderscheid berust tussen ongevalspatiënten en patiënten die plotseling door een ernstige ziekte worden getroffen. Dit onderscheid vervaagt meer en meer, zoals blijkt doordat zo hier en daar de patiënt die meent door een hartinfarct te zijn getroffen het recht heeft verworven zonder tussenkomst van de huisarts een ambulance te bellen. Maar iemand met een gebarsten aneurysma van zijn aorta heeft dit recht niet, evenmin als iemand die meent binnenshuis zijn been gebroken te hebben, terwijl het beenbreken buitenshuis wordt beloond met transport linea recta naar het ziekenhuis. Een zelfde beloning verwerft zich een patiënt met kolieken, indien hij maar in staat is zich buitenshuis te begeven en op de stoep te gaan liggen, hoewel het de vraag is of dit een beloning dan wel een straf zal blijken te zijn. Doch het is wel zeker dat op deze wijze vele mensen zonder verwijzing door hun huisarts en dan ook vaak zonder noodzaak specialistische hulp hebben verkregen, want het is welke arts dan ook onmogelijk behandeling te weigeren van een patiënt die voor zijn deur staat en zegt hulp te zoeken.

Dientengevolge zal het een ziekenhuis niet zijn toegestaan een patiënt weg te sturen zolang nog maar één arts aanwezig is.

Misschien zou de behandeling nog te weigeren zijn, doch niet dan nadat het onderzoek heeft plaatsgevonden; juist voor onbelangrijke aandoeningen zou men de patiënt naar zijn huisarts willen verwijzen, doch dan is een behandeling vaak niet of nauwelijks nodig. Bovendien weet tegenwoordig vrijwel de gehele bevolking van een stad waar men zich rechtstreeks met een ongeval kan vervoegen, waarbij men het de patiënt nauwelijks kwalijk kan nemen dat hij zich niet realiseert zich onder specialistische behandeling te stellen. Zeker ten tijde van de toeneming van het aantal ongevallen door bromfiets- en auto-ongelukken hebben vrijwel alle ziekenhuizen maatregelen moeten treffen om grotere aantallen slachtoffers te kunnen opvangen; in vele gevallen resulteerde dit in een zogenaamd ongevallencentrum. Het is thans wel erg moeilijk geworden aan het publiek duidelijk te maken dat men zich niet zo maar met ieder ongeval bij een ongevallencentrum mag vervoegen.

De achtergrond van bovenstaande overwegingen is gelegen in discussies met ziekenfonds en plaatselijke huisartsenvereniging: men wenst de behandeling van ongevalspatiënten terug in het eerste echelon, althans voor zover geen specialistische hulp noodzakelijk geacht wordt. Dit verlangen is volkomen begrijpelijk en het zou onvergeeflijk zijn wanneer niet van specialistische zijde alle hulp in dit opzicht zou worden geboden. In werkelijkheid zal het echter zeer moeilijk zijn de klok terug te draaien; terwijl behandeling in een ongevallencentrum meestal direct kan worden begonnen, is het juist de huisarts die vaak uren per dag door zijn visites afwezig zal zijn. En niemand wenst uren te wachten voor zijn wond wordt gehecht.

Bovenstaande problematiek wordt thans ook nog doorkruist door het nieuwe tarief voor eenmalige traumatologische specialistische behandeling; dit tarief ligt lager dan dat voor een volledige behandeling, 'doch de specialist moet voor noodzakelijke specialistische nabehandeling zelf aan de huisarts achteraf voor de ziekenfondspatiënt een verwijskaart vragen'. Aldus de huidige ziekenfondsvoorschriften. En blijkbaar kan de huisarts weigeren deze verwijskaart

**Doorlezen naar blz. 536**

## LHV-VISIE

Het in de ijskast zetten van de Blauwdruk en het Takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft minder te maken met de inhoud van beide stukken dan met de wens eerst ter discussie te stellen waar de LHV staat en wat zij beoogt. Het is een goede zaak, zeker in deze snel veranderende wereld, dat een vereniging zich van tijd tot tijd bezint op de vraag of haar doelstellingen nog voldoende bij de tijd zijn; al te gemakkelijk hanteren de leden hun eigen interpretatie als de enig juiste. Die bezinning is thans van des te meer belang, daar in het kader van de statutenwijziging van de KNMG en de vernieuwingen op het vlak van de verenigingswetgeving de maatschappelijke verenigingen meer zelfstandigheid krijgen.

Als discussiestuk voor deze bezinning dient de 'Aanzet voor een visie van de LHV'. Het Centraal Bestuur heeft in aansluiting aan de ledenvergadering van vrijdag 21 april jl. (zie blz. 542) voor de maand mei 26 regionale bijeenkomsten aangekondigd waarop zijn nadere plaatsbepaling zal worden besproken. De opkomst en de inbreng van de leden tijdens deze bijeenkomsten zullen bepalend zijn voor de lijn die de vereniging in de komende jaren zal volgen. Dit beraad zal tevens de fundamenteën moeten leggen voor een doelbewust beleid van het Centraal Bestuur; eerst als dat is gebeurd kan een gerichte uitvoering volgen.

In het discussiestuk wordt op verschillende plaatsen de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de individuele huisarts om zijn werk naar behoren te doen. Direct hieraan wordt gekoppeld dat er voorwaarden moeten worden geschapen om dit op de juiste wijze te kunnen realiseren. Het komt ons voor dat vooral het eerste uitgangspunt: nadruk op de eigen verantwoordelijkheid, niet mag leiden tot een zich vrijblijvend opstellen van de individuele huisarts. In de discussie zou moeten blijken in hoeverre een professionele organisatie

als de LHV deze eigen verantwoordelijkheid van de individuele huisarts als basis voor een collectieve verantwoordelijkheid kan aanvaarden. Immers, in de 'Aanzet tot een visie' wordt als doel van de vereniging geformuleerd: het bevorderen van het goed functioneren van de huisartsen. Om zowel de individuele verantwoordelijkheid als de collectieve verantwoordelijkheid tot haar recht te laten komen zal een aantal spelregels moeten worden vastgesteld. Laten wij het duidelijker stellen: het lidmaatschap van de LHV is niet alleen een zaak van individuele interpretatie van de eigen verantwoordelijkheid maar evenzeer een zaak van bewust aanvaarden van een collectieve verantwoordelijkheid, met alle consequenties van dien voor het bevorderen van de huisartsgeneeskunde. Een vrijblijvend lidmaatschap van de LHV is niet mogelijk.

Het is in dit licht van belang twee opmerkingen, die de voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging maakte ter inleiding van de ledenvergadering van 21 april jl., te onderstrepen. In de eerste plaats de opmerking, dat het Centraal Bestuur geen doelstelling meer autonoom kan vaststellen. Daarnaast ook de opmerking, dat de consequenties van die doelstellingen – zoals deze zich uitkristalliseren in concrete waarden, normen en taakomschrijvingen – zullen moeten worden aanvaard.

## LSV-COMMENTAAR

Terecht heeft de voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging ter inleiding van de laatste Ledenvergadering gezegd, dat een tarievenwet het sluitstuk moet zijn van een structuurwetgeving op het terrein van de gezondheidszorg. Het gevaar dreigt immers, dat door middel van kostenbeheersing het beleid in de gezondheidszorg wordt bepaald zonder dat dit beleid eerst is vastgelegd. Toch ziet het er naar uit dat eerst een ontwerp-Tarievenwet aan de Kamer zal worden voorgelegd, ondanks het

feit dat ook de staatssecretaris van Volksgezondheid enige bezorgdheid toont over het feit dat het COZ zonder inzichtelijke richtlijnen middels kostenbewaking invloed heeft op het beleid en de kwaliteitsbevordering.

Een typisch voorbeeld hoe verwarrend de vormgeving van deze twee factoren – beleid en kostenbewaking – kan zijn is de blijkbaar onuitroeibare mythe dat versterking van de eerste lijn kostenverlaging in de gezondheidszorg tot gevolg heeft. In het proefschrift van R. A. de Melker, dat handelt over die versterking van de eerste lijn, wordt weliswaar met de mogelijkheid rekening gehouden dat de klinische werkzaamheden kunnen verminderen, maar tegelijk wordt in dat verband gesteld dat daarmee niet is gezegd dat de totale kosten zullen worden verlaagd. Het tegendeel is waar: versterking van de eerste lijn zal, zeker aanvankelijk, een kostenverhoging meebrengen.

Waar het in de eerste plaats om gaat bij een verbetering van het werk in de eerste lijn is dat de kwaliteit van de zorg verbetert. Dat ook in dit geval de kost voor de baat uitgaat zal de toekomst moeten leren. 'Een degelijke analyse terzake heeft, voor zover mij bekend, nimmer plaatsgevonden', aldus het commentaar van LSV-voorzitter Gründeman. Het is zelfs weinig zinvol een dergelijke analyse op te zetten. Alleen al het op zich simpele verwijzen van de huisarts naar de specialist is een handeling met zoveel onbekende variabelen, dat een onderzoek naar het kosteneffect van versterking van de eerste lijn welhaast onmogelijk lijkt te zijn.

Versterking van de eerste lijn betekent niets meer dan dat de patiënt zo goed en zo lang mogelijk in zijn eigen micromilieu wordt behandeld. Versterking van de eerste lijn betekent ook, dat aan het voorkomen van ziekte meer belang wordt gehecht dan aan het behandelen van zieken. Misschien dat dit laatste ooit nog eens tot kostenverlaging kan leiden.

B.

af te geven, daarmede de nabehandeling aan zichzelf trekkend. Wie echter heeft het recht te bepalen of de nabehandeling door de specialist of door de huisarts zal geschieden? Hierover bestaat veel verschil van mening tussen beide categorieën. Een contusie halverwege het onderbeen met intact skelet heeft geen specialistische nabehandeling nodig. Doch over laesies van bijvoorbeeld gewrichten (eveneens met intact skelet) lopen de inzichten wel ver uiteen, omdat het de specialist niet altijd in een enkel consult zal gelukken tot een zekere diagnose te komen. En heeft de huisarts het recht de nabehandeling van bijvoorbeeld een met veel moeite gereponeerde schouderluxatie aan zich te trekken? Naar de mening van de schrijver behoort het recht te bepalen wie de nabehandeling zal verrichten te berusten bij degene die de eerste behandeling heeft verleend; hij is de enige die voldoende zeker kan zijn van zijn zaak wat betreft het al dan niet uit handen geven van de verdere behandeling. Het omgekeerde is immers evenmin mogelijk: indien een specialist door toeval (bijvoorbeeld omdat hij de patiënt langs andere wegen kent) zou ontdekken dat zijns inziens de behandeling door de huisarts niet juist is, dan zou de laatste terecht zeer verontwaardigd kunnen zijn indien hij ontdekte dat de specialist de behandeling aan zich zelf had getrokken. Wie genoodzaakt is geweest een behandeling te beginnen heeft uiteraard het recht deze zelf af te maken dan wel uit handen te geven. Mocht echter de huisarts in de toekomst inderdaad het recht hebben door het weigeren van de verwijskaart de behandeling zelf in handen te nemen, dan lijkt het aangewezen dat iedere specialist duidelijk aan zijn patiënt mededeelt dat zijns inziens specialistische nabehandeling wel degelijk noodzakelijk is; anders bestaat het risico dat de huisarts zich zou kunnen beroepen op een specialistisch consult, waarbij dan kennelijk geen ernstige afwijkingen ontdekt zijn. Er is nog een belangrijk facet. In het verleden waren er sommige ziekenfondsen die de beslissing tot honorering ook van eenmalige specialistische traumatologische hulp zelf in handen namen, in de mening dat patiënten met lichte ongevallen maar naar de huisarts hadden moeten gaan. Voor dit doel werden aparte verwijskaarten gedrukt, waarop te lezen valt: 'Ingevolge een overeenkomst met de Specialisten Vereniging wil ik . . . deze . . . verwijskaart declareren' (na informatie bleek echter noch de landelijke noch de plaatselijke specialistenvereniging iets van een overeenkomst af te weten). Deze kaarten moesten door de specialist worden ingevuld wat betreft onderzoek, diagnose en therapie en werden vervolgens door de controlerend geneesheer beoordeeld en al dan niet (afhankelijk van de ernst van het ongeval) gehonoreerd. Tevens werd bij herhaling door het ziekenfonds door middel van brieven aan alle huisartsen en specialisten het verbod uitgevaardigd dat

de specialist aan de huisarts een verwijskaart zou vragen voor deze categorie patiënten. Hiermede vervielen de zogenaamde 'bedelbrieven', tot opluchting van alle partijen, doch het bleef een wonderlijke zaak dat voor patiënten met lichte ongevallen geen honorering werd gegeven. Edoch, waar de specialist zich sindsdien een oplichter zou voelen door de huisarts een verwijskaart te vragen, wordt hem thans door hetzelfde ziekenfonds voorgeschreven een verwijskaart voor nabehandeling aan diezelfde huisarts te vragen terwijl rechtstreekse declaraties worden geweigerd. Zeker speelt hierbij thans de overweging een rol dat voor vele, vroeger rechtstreeks door het ziekenfonds gehonoreerde behandelingen thans door de huisarts een verwijskaart zal worden geweigerd omdat het eerste echelon te kennen heeft gegeven graag zelf de traumatologische nabehandeling weer in handen te nemen. Opnieuw dus de pecunia als richtlijn voor het ziekenfonds, dat zich thans echter beroept op de huidige voorschriften, waarin vermeld staat dat de verwijskaart 'als voorheen' aan de huisarts dient te worden gevraagd. Waarmede het fonds erkent op eigen gezag een aantal honoreringen ten onrechte te hebben verhinderd. Het is opmerkelijk dat de betrokken huisartsenvereniging thans zelf niet goed weet wat te doen: weer verwijskaarten gaan verstrekken, zich daarmede het recht op beslissing over de nabehandeling verwervend doch tegelijk dit systeem van (door specialist en huisarts gehate) bedelbrieven om verwijskaarten weer acceptierend, of zich met de specialist te verzetten tegen de langzamerhand op willekeur lijkende ziekenfondsmaatregelen.

Indien de huisarts inderdaad de behandeling van ongevalspatiënten weer in het eerste echelon wil zien teruggebracht dan bestaat daartoe slechts één oplossing: niet alleen de nabehandeling doch de gehele behandeling moet weer bij de huisarts komen te berusten, terwijl dit slechts dan zal gelukken indien hij dezelfde service weet te bieden als een ongevallencentrum: min of meer directe hulp. Voor individuele huisartsen is dit een onmogelijkheid; het lijkt daarom de aangewezen weg indien de huisartsen in de grotere steden een EHBO-post inrichten die dag en nacht bemand is of op ieder gewenst moment bemand kan worden. In het algemeen zullen dit steden zijn waar tenminste veertien huisartsen gevestigd zijn, anders is er ook geen ongevallencentrum. Het moet toch mogelijk zijn dat zij bij toerbeurt 24 uur beschikbaar zijn. De eigen spreken op die dag zouden per advertentie kunnen worden afgezegd, zoals dit nu ook bij nascholingscursussen en dergelijke geschiedt. Helaas bestaat de indruk dat de animo dit voorstel te gaan verwezenlijken bij de huisartsen niet bijzonder groot is –

begrijpelijk, want het kost tijd, en dat vaak op de meest ongelegen uren. Toch is er in dit land ook een stad waar geen enkele ongevalspatiënt die door de GG&GD 'van straat wordt opgeroepen' naar een ziekenhuis wordt vervoerd zonder eerst door een van de huisartsen te zijn gezien! Aan de KNMG worde thans de vraag ter beantwoording voorgelegd: 'Wie heeft het recht te beslissen waar de nabehandeling zal plaatsvinden: de huisarts, of degenen die ook de primaire behandeling heeft verricht?'

Amersfoort, 27 maart 1978

Dr. A. F. L. Golterman, chirurg

## Naschrift LSV

Algemeen is men van mening dat ongevalspatiënten die zich buiten de huisarts om tot een traumatologische afdeling van het ziekenhuis wenden niet zonder meer de deur gewezen kunnen worden met het advies zich eerst bij de eigenhuisarts te vervoegen. Hetzelfde geldt voor patiënten die per ambulance worden binnengebracht zonder dat een verwijzend huisarts ze heeft gezien. Het gevolg is dat een gedeelte van deze patiënten specialistische hulp krijgt, die ze evengoed van de huisarts gekregen zouden kunnen hebben.

Een oplossing voor dit probleem is niet eenvoudig. De LSV heeft ervoor gezorgd dat althans de honorering van de specialistische hulp aan deze situatie is aangepast: voor het eenmalige traumatologische consult is een verrichtingentarief opgesteld, waarbij geen verwijskaart kan worden gedeclareerd; voor de wondbehandeling werd een verlaagd tarief zonder verwijzing ingesteld, naast het bestaande tarief met verwijzing. De achterliggende gedachte is, dat patiënten met eenvoudiger letsels na eerste behandeling door de specialist terugverwezen kunnen worden naar de huisarts voor verdere behandeling. De specialist declareert dan het verlaagde tarief, zonder verwijskaart. Daarnaast blijft een vrij grote categorie over van ernstiger letsels waarvan het duidelijk kan worden geacht dat specialistische behandeling en nabehandeling aangewezen is. Hieronder vallen gecompliceerder verwondingen, fracturen, luxaties etc. De specialist blijft dan aangewezen op het oude systeem, om achteraf een verwijskaart te declareren, een systeem dat met variatie altijd gewerkt heeft, zij het soms met verschil van inzicht tussen huisarts en specialist over wanneer een verwijskaart achteraf wel en wanneer die niet geïndiceerd was.

Het antwoord op de slotvraag van collega Golterman kan daarom niet anders luiden dan dat alleen *in goed overleg* tussen specialist en huisarts het probleem van de nabehandeling en van de verwijzing achteraf kan worden opgelost tegen de achtergrond van het hierboven gestelde.

---

# Ledenvergadering LSV

De eerste gewone Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging dit jaar, zaterdag 22 april jl. gehouden in Hoog Brabant te Utrecht, was geconfronteerd met een lange reeks beleidszaken waarover het Centraal Bestuur de afgevaardigden wilde horen. De beraadslagingen werden ingeleid door LSV-voorzitter A. M. Gründeman, die het volgende naar voren bracht:

Een nieuwe lente, een nieuw geluid? Deze week is in Medisch Contact de gesprekkenreeks met de staatssecretaris na enige maanden van stilzwijgen weer heropend. Het langzamerhand vertrouwde gezicht van de heer Hendriks is daarbij uiteraard vervangen door dat van de nieuwe staatssecretaris van Volksgezondheid, Mevrouw Veder-Smit. Het gezicht is nieuw, maar geldt dit daarmee ook voor het 'geluid'? Het is ongetwijfeld te vroeg voor een definitief oordeel, doch het lijkt wel uiterst nuttig het eerste interview dat de hoofdredacteur van MC met de nieuwe bewindsvrouw heeft gehad nader te bekijken. Dit geldt te meer, omdat het onderwerp van dit interview was: de voortgang met de wetsontwerpen Gezondheidszorg Voorzieningen en Gezondheidszorg Tarieven. Wetsontwerpen welke eerder de gemoederen in artsenkring, maar ook daarbuiten, hebben doen verhitten en voor de KNMG zelfs tot de uitspraak: 'in deze vorm onaanvaardbaar' hebben geleid.

## Inhoudelijke kritiek wetsontwerpen

Nu kon (en kan!) dit 'onaanvaardbaar' niet los gezien worden van de context waarin beide wetsontwerpen destijds werden aangeboden. Vrijwel alle bij de gezondheidszorg betrokken organisaties voelden zich door deze wetsontwerpen overvallen; ja sterker nog, zij zagen daarin een breuk met de sinds jaar en dag bestaande formele en informele overleg-situaties. Het 'onaanvaardbaar' was voorts duidelijk



*LSV-voorzitter A. M. Gründeman (midden) spreekt de Ledenvergadering toe in Hoog Brabant te Utrecht*

gekoppeld aan 'deze vorm'. Die koppeling is in de publiciteit rond de reacties der artsen en ook bij de Vaste Kamercommissie ter gelegenheid van de hoorzitting ten onrechte wat op de achtergrond is geraakt. Is onze afwijzing daarmee nu tot een loze kreet geworden? Ik dacht van niet, mij lijkt het tegendeel eerder het geval, omdat aldus de inhoudelijkheid van onze kritiek wordt onderstreept. Bovendien, wij hebben het niet bij kritiek alleen gelaten, doch ook – en dit gold meer speciaal het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg – in KNMG-verband een alternatieve 'Visie' het licht doen zien. Ten aanzien van het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg was en is onze kritiek van dien aard dat deze zich moeilijk in een alternatieve visie laat vertalen; of het moet zijn in de geest van: zijn de bestaande wettelijke mogelijkheden met betrekking tot reële knelpunten wel uitputtend bestudeerd?

## Beoordeling interview staatssecretaris

Tegen deze achtergrond is er – zoals gezegd – alle aanleiding het gememoreerde interview van de hoofdredacteur van Medisch Contact met de nieuwe staatssecretaris met meer dan gewone aandacht te bezien. In het algemeen kan dan worden gezegd, dat het hier om een belangwekkend interview gaat. Zowel vanwege daarin expliciet naar voren komende zaken als vooral ook vanwege datgene wat daarin alleen maar wordt aangestipt of daarin zelfs helemaal niet wordt genoemd. Bij zo'n beoordeling kan men uiteraard niet zonder hetgeen in het kader van de behandeling van de begroting Volksgezondheid met betrekking tot beide wetsontwerpen eind februari jl. is opgemerkt.

Kernpunt van deze behandeling was dat door de staatssecretaris, daartoe door de Kamer uitgelokt, werd toegezegd dat de

parlementaire behandeling van beide wetsontwerpen doorgang zou vinden en dat, naar haar verwachting, de Memorie van Antwoord nog vóór de volgende begrotingsbehandeling, dat wil zeggen: dit najaar, zouden zijn ingediend. Terzijde zij hier aan toegevoegd, dat een Memorie van Antwoord de reactie is van de bewindsman(vrouw) op de in het Voorlopig Verslag door de Vaste Kamercommissie met betrekking tot een wetsontwerp gestelde vragen. Na zo'n Memorie van Antwoord volgt dan een Eindverslag van de Vaste Kamercommissie en pas als dat er is kan het parlementaire debat plaatsvinden.

Is het toeval dat met betrekking tot de in het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg geregelde onderwerpen een massa vraagpunten door Mevrouw Veder-Smit wordt opgesomd? Zó veel, dat de staatssecretaris zegt daarom blij te zullen zijn als de Memorie van Antwoord in de eerste helft van dit najaar gereed kan zijn. Terwijl met betrekking tot het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg slechts een beperkt aantal vraagpunten wordt opgeroepen en dus ook geen nadere termijn met betrekking tot de Memorie van Antwoord wordt genoemd. Ik vrees van niet. Dit zou namelijk wel eens samen kunnen hangen met de aangekondigde bezuinigingsoperatie, welke om allerlei redenen de gedachte zou kunnen hebben doen postvatten, dat juist nu de gezondheidszorg primair een Tarievenwet van node heeft.

### Ernstige waarschuwing LSV

Tegen een zodanige gedachte, die ik niet schroom een misvatting te noemen, zou ik ernstig willen waarschuwen. Deze waarschuwing heeft tweërlei grondslag en wel:

1e. Tariefwetgeving dient geen doel op zich te zijn, doch dient ondergeschikt te zijn aan – misschien in bepaalde opzichten zelfs wel sequel van – structuurwetgeving op het terrein van de gezondheidszorg. Anders gezegd, primair dient beleidsmatig (dat wil zeggen door overheid en parlement) vastgesteld te worden wat de toekomstige structuur van de gezondheidszorg dient te zijn. Daarbij ga ik er van uit dat in het kader van die beleidsbepaling een juiste afweging tussen kwaliteit en kosten zal plaatsvinden. Pas daarna kan worden gezien of en zo ja in hoeverre de aldus gewenste ontwikkelingen tariefmatig zouden kunnen worden ondersteund. Zou men de zaken omdraaien, dat wil zeggen: zou men zonder over een kwalitatief verantwoord plan te beschikken, middels de tarieven de gezondheidszorg willen gaan sturen, dan gaat dit onherroepelijk ten koste van de kwaliteit.

2e. Een tweede fundamentele grond voor mijn ernstige waarschuwing ligt in het feit dat het een illusie is te denken dat langs de

weg der tarieven de werkelijke kostenproblematiek in de gezondheidszorg kan worden aangepakt. Wil men de kosten van de gezondheidszorg beheersen, dan zal men eerst moeten vaststellen over wat voor soorten kosten men in feite spreekt en in hoeverre kostenstijgingen veroorzaakt kunnen worden door factoren welke binnen de eigen sector van de gezondheidszorg gelegen zijn. In een bij uitstek arbeidsintensieve sector als de gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld al 70% van de kosten: loonkosten, dus van externe oorzaak. Dit betekent dat, indien landelijk de arbeidskosten toenemen, daarmee ook automatisch de kosten van de gezondheidszorg uitgedrukt als percentage van het nationaal inkomen, stijgen. Dit temeer omdat de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een niet of nauwelijks meetbare toename van de arbeidsproductiviteit. Ik acht een en ander zo ernstig dat ik vandaag zeer tegen mijn gewoonte in, bovenal aandacht zou willen besteden aan de tarieven-problematiek. Vervolgens stel ik mij voor kort stil te staan bij het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg – en dit wederom in relatie met het gememo-reerde interview – om daarna te besluiten met een korte inleiding op een aantal vandaag geagendeerde problemen.

### Wat heet doorzichtigheid?

Allereerst dan, terug naar, de Tarievenwet. Het valt op dat de staatssecretaris in Medisch Contact *niet* ingaat op het door de KNMG en andere medewerkersorganisaties aangevoerde bezwaar dat tarieven van instellingen en honoraria van beroepsbeoefenaren zich niet over één kam laten scheeren. Een bezwaar, dat overigens niet *alleen* van medewerkerszijde, doch ook – en zelfs als 'onoverkomelijk' – door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven naar voren is gebracht.

Evenmin wordt ingegaan op de van verschillende zijden, (waaronder weer de VNZ) gestelde vraag wat nu eigenlijk onder 'weinig overzichtelijke, sterk verbrokkelde en nauwelijks samenhangende tarief- en honoreringssystemen' dient te worden verstaan.

Mét de VNZ zouden wij er op willen wijzen dat de gebruikte omschrijving geen enkele bewijsvoering bevat. De bestaande tarieven en honoraria voor de ziekenfonds-verzekering (70% van de bevolking) en voor de AWBZ (100% der bevolking) – zo merkt de VNZ terecht in haar commentaar op de Tarievenwet op – hebben steeds de vereiste goedkeuring verkregen. Daarbij is herhaaldelijk rekening gehouden met ministeriële aanwijzingen en zijn prijsmaatregelen in acht genomen.

Met andere woorden: binnen het huidige systeem is kennelijk nog al het een en ander mogelijk! En hoeveel dan wel, dat hebben met name wij specialisten de afgelopen jaren mogen ondervinden. Maar wat

hier ook van zij, bovenal blijft voor mij de vraag wat nu toch wel onder een 'doorzichtige tarief' dient te worden verstaan.

Laten wij eerlijk zijn, doorzichtigheid is op een specifiek terrein als de gezondheidszorg slechts mogelijk ten opzichte van deskundigen. Die doorzichtigheid leveren wij dan ook, zoals onder andere blijkt uit de mededeling van de LSV aan de specialisten, dat zij ten opzichte van de medische adviseurs van de ziekenfondsen bereid moeten zijn, mede aan de hand van bijvoorbeeld een operatieverslag, deze controlerende collegae het benodigde inzicht met betrekking tot de juistheid van een declaratie te bieden.

Ook in dit opzicht is dus deze Tarievenwet niet nodig!

Ik wil niet al te veel in herhaling treden en daarom nu niet meer van soortgelijke mogelijkheden binnen het huidige systeem opsommen; ik heb zulks in het verleden overigens wél gedaan, zodat ik geïnteresseerden naar mijn vorige inleidingen kan verwijzen.

Diegenen die zo om verandering roepen, lijken zich maar al te weinig bewust van de mogelijkheden die het huidige systeem biedt. Voorts zou ik willen benadrukken dat een mammoetorgaan als een Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg – hoe dan ook samengesteld – gezien zijn alles omvattend doel gedoemd lijkt aan bureaucratie ten onder te gaan. Met alle gevolgen voor reële doorzichtigheid en controleerbaarheid van de tarieven van dien.

### Zorg voor patiënt of bezuiniging primair?

Nu zal men mij misschien tegenwerpen: voor wat het individuele tarief betreft willen wij u eventueel wel volgen, maar hoe moet het dan met de onderlinge samenhang der tarieven? Daarbij heeft men dan bij voorkeur op het oog het stimuleren van het eerste echelon en van het poliklinisch werk.

In dit verband allereerst een tegenvraag, die nimmer expliciet beantwoord is. Waarom wil men deze verschuivingen eigenlijk; omwille van de patiënt of uit puur kostenooptpunt? Men kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken dat het vooral kostenoverwegingen zijn, die voor dergelijke verschuivingen doen pleiten. Maar worden daardoor reël de kosten beperkt?

Een degelijke analyse terzake heeft voorzover mij bekend nimmer plaatsgevonden. Terwille van de patiënt doen wij er daarom goed aan vast te houden aan het aloude adagium, dat iemand die bij de huisarts dan wel poliklinisch kan worden behandeld, niet dient te worden opgenomen. Daarmee is er geen tariefmatig probleem meer, of het moest zijn, dat huisarts en polikliniek niet overal die mogelijkheid tot ontplooiing krijgen die het voor de patiënt



verantwoord doet zijn dat de specialist conform dit adagium handelt. Máár, zou een Tarievenwet hier uitkomst bieden? Gaat het ook in dit opzicht niet veeleer om structurele maatregelen die in een ander wettelijk kader thuis horen?

### **Normering vraagt deskundigheid**

Voorzover een en ander al een plaats in een tariefwetgeving (let wel: ik zeg dus nadrukkelijk niet *deze* Tarievenwet) zou kunnen vinden, zou het zijn in het kader van de zogenaamde 'richtlijnen'. Nu voorziet de voorliggende Tarievenwet in verschillende soorten richtlijnen.

Men kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken dat – en dit gevaar is zeker bij een min of meer geïsoleerd behandelen van de Tarievenwet allerminst denkbeeldig – tarievenrichtlijnen en structurele (planningsrichtlijnen) op één hoop worden gegooid. Idealiter zullen eerst deze structurele planningsrichtlijnen vastgesteld moeten zijn. Stel echter dat deze op enigerlei moment ontbreken, wat dan? Het is duidelijk dat een Centraal Orgaan daar niet de oplossing voor kan aandragen. De huidige praktijk met het COZ wijst zonder meer in die richting. Immers, als er geen expliciete extra normen zijn, wordt alras 'bij gebrek aan beter' het gemiddelde tot norm verheven. En op die wijze wordt onvoldoende ingespeeld op zowel de daadwerkelijke als de gewenste ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Terecht is er onlangs nog eens door de Nederlandse Vereniging van Verpleegkundige Directeuren van Ziekenhuizen op gewezen, dat de aldus tot stand gekomen normen inzake de verpleegkundige bezetting volstrekt achterhaald zijn.

Natuurlijk, het ontbreekt het COZ nu aan externe maatstaven. Maar waarom is dan nimmer het initiatief genomen tot interdisciplinair overleg, opdat dan in goede samenspraak met de betrokken beroepsbeoefenaren tot een verantwoorde normering gekomen kan worden?

### **Algemene informatieplicht schiet doel voorbij**

Iets dat ook niet in het interview met de staatssecretaris zelfs maar wordt aangesneden, is de informatica in het kader van de tarifiering. In dit opzicht is ons uitgangspunt dat bij betrokken partijen de bereidheid aanwezig moet zijn die gegevens die voor een 'reële' beoordeling van tarieven en honoraria noodzakelijk zijn, aan de daarvoor in aanmerking komende instanties te geven. Dit geldt zowel in het kader van de totstandkoming van tarieven en honoraria als ten behoeve van de evaluatie.

Een algemene informatieplicht zowel voor patiënt als voor arts zou echter het doel ver voorbij schieten. En dit geldt zeker voor de

patiënt! Zo op dit terrein al een wettelijke verplichting geconstrueerd dient te worden, dan zou deze:

- a) de patiënt buiten schot moeten laten;
- b) zich slechts uit dienen te strekken tot die informatica die in het kader van tariefwetgeving *werkelijk* relevant is; en last but not least:
- c) terdege rekening hebben te houden met het recht op privacy, een recht dat in beginsel ook aan een beroepsbeoefenaar c.q. instelling toekomt.

### **Relatie tariefbeleid en inkomensbeleid**

Een punt apart vormt nog de relatie tussen tariefbeleid en inkomensbeleid. Aangezien de tarieven van de medewerkers naast het kostengedeelte het inkomen bepalen, dient eerst een algemeen inkomensbeleid maatschappelijk aanvaard te zijn, alvorens kan worden bezien of en zo ja in hoeverre maatregelen op het terrein van de tarifiering in de gezondheidszorg een zodanig beleid vermogen te ondersteunen.

De ervaringen in de afgelopen jaren hebben althans ons specialisten geleerd dat de overheid de neiging heeft om al naar gelang het haar uitkomt dan eens het prijsbeleid en dan weer het inkomensbeleid te benadrukken. Hierbij was en is derhalve sprake van een wedden op twee paarden, waarbij de totalisator hoe dan ook aan de overheid uitkeert. Voor de specialisten betekende een en ander dat zij in de praktijk zowel uit hoofde van het prijsbeleid, als uit hoofde van het inkomensbeleid, dus in feite dubbel werden geknepen.

### **Duidelijke vergelijkingsfiguur dringend gewenst**

Uiteraard hebben dergelijke ontwikkelingen hun sporen op de specialisten en derzelver inkomens achter gelaten. En dit op een zodanige wijze dat het niet langer verantwoord lijkt op deze voet voort te gaan. Eindelijk zal nu eens duidelijkheid moeten worden geboden. Naar de kant van de overheid betekent dit dat eindelijk eens – wij praten daar tenslotte reeds jaren over – in goed overleg met de LSV tot een beslissing moet worden gekomen terzake van de aankleding van de gekozen ambtelijke vergelijkingsfiguur. En dit dan in het verlengde van het Rapport van de Commissie Raven, uiteraard met inachtneming van het daarop door ons bij monde van Drs. Willems uitgebrachte commentaar (zie Medisch Contact 1974/50, pag. 1620). Het gaat hierbij in de eerste plaats over een verantwoorde benadering van de voor de niet in dienstverband werkzame specialisten niet geringe pensioenproblematiek. Daarnaast speelt nog het zogeheten beroepsrisico een rol. Van onze kant zou, mits de hierboven

bedoelde bereidheid van overheidszijde uitdrukkelijk zou worden uitgesproken, in samenhang daarmee de bereidheid moeten bestaan om – zij het steekproefsgewijs – de beschikbare niet volledig representatieve gegevens, op niveau te brengen. Een dergelijke aanvullende enquête zou echter niet alleen gegevens over omzet en kosten, doch ook over het functioneren dienen te omvatten. Men zou zo'n enquête met reden een structuurenquête kunnen noemen.

### **Verandering samenstelling COTG niet voldoende**

Natuurlijk was het voor Mevrouw Veder-Smit in een toch kort interview over twee wetsontwerpen niet wel doenlijk op al deze punten in te gaan. Maar het leek mij goed te signaleren dat de oplossing van de verschillende tegen het voorliggende wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg geuite bezwaren bepaald niet minder eenvoudig is dan die van de door de staatssecretaris met betrekking tot het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg gesignaleerde problemen. Ik zou daar nog aan willen toevoegen: het veranderen van de samenstelling van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg is ongetwijfeld een niet onbelangrijke verbetering, maar het betekent slechts een zeer gedeeltelijke tegemoetkoming aan de door ons geuite bezwaren. Het fundamentele in onze kritiek zou zo worden genegeerd. Wij stellen het overigens op prijs dat de staatssecretaris het nader overleg met betrokkenen zoals dat in het Voorlopig Verslag van verschillende zijden werd bepleit, inmiddels aan de KNMG heeft willen toezeggen.

### **Nader beraad Voorzieningenwet**

Nu dan iets over het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg. In het interview wordt met betrekking tot de 'Voorzieningenwet' een aantal behatelswaardige opmerkingen gemaakt. Het ziet er inderdaad naar uit dat het departement zich nader beraadt op de kernpunten van de kritiek zoals die door de KNMG, doch zeker ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid naar voren zijn gebracht. Ik denk hierbij aan de hoeveelheid AMvB's en richtlijnen, de regionalisatieproblematiek, de kwaliteitsregelingen met betrekking tot individuele beroepsuitoefening en de positie van de Nationale Raad. Natuurlijk, uit het met betrekking tot dit wetsontwerp toegezegde verdere overleg zal nog moeten blijken in hoeverre aan onze destijds geuite bezwaren daadwerkelijk tegemoet wordt gekomen. Een zeker optimisme lijkt hier echter duidelijk op zijn plaats. Eén kanttekening hierbij. Persoonlijk vind ik het een beetje jammer dat ook met

betrekking tot *dit* wetsontwerp de problematiek der informatica niet aan de orde is gekomen, zodat wij op dat punt in het duister blijven.

### Beleid LSV

In hoeverre de nieuwe lente met betrekking tot een voor ons functioneren zo essentieel gebeuren als de wetsontwerpen Voorzieningen Gezondheidszorg en de Tarievenwet ook daadwerkelijk een nieuw geluid zal gaan betekenen, dient dus te worden afgewacht. Meer zekerheid kan u worden geboden met betrekking tot het door het Centraal Bestuur te voeren beleid. Dit zal – als steeds – gekenmerkt worden door bestendigheid. Zij het dat uiteraard op actuele ontwikkelingen zo goed mogelijk wordt ingespeeld. Veel kunt u reeds lezen in het jaarverslag van de secretaris. Doch enkele zaken, welke in deze vergadering aan de orde komen, zou ik nog willen benadrukken.

### Relatie SIG en SMR

In het verlengde van het rapport van de Commissie-Wolvius heeft de Ledenvergadering ingestemd met het mede verantwoordelijkheid aanvaarden voor de oprichting van de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg. Daarmee kwamen wij voor de vraag te staan: hoe inhoud aan de SIG te geven? Onder voorzitterschap van collega Boersma is bereikt dat nieuwe projecten van SMR en LISZ gezamenlijk zouden worden aangevat. Zo zal onder SIG-vlag begin 1979 een verpleeghuis-registratieproject aanvangen. Daarnaast kwam met name uit de participanten in de SRM de vraag naar voren of niet de Handvestcommissie van de SIG, waarvan Prof. Dr. G. Zoutendijk, voorzitter is, ook bevoegd zou moeten worden verklaard ten aanzien van aanvragen naar gegevens welke binnen de SMR worden verzameld. Ik roep u in herinnering dat het initiatief om de problemen bij de gegevensverstrekking te reguleren door middel van een onafhankelijke Handvestcommissie destijds van de LSV is uitgegaan en vervolgens gehonoreerd door zowel NZR en Geneeskundige Vereniging als ook de VNZ. Het Centraal Bestuur was en blijft van mening dat, waar in deze tijd in toenemende mate een beroep op de specialist wordt gedaan gegevens te verstrekken, de legitimiteit van zo'n verzoek, alsmede de beslissing over het daadwerkelijk ter beschikking stellen moet worden geobjectiveerd. Het is ook om die reden, dat de Ledenvergadering destijds de oprichting van de SIG met zijn Handvestcommissie heeft aanvaard. Het komt het Centraal Bestuur voor dat

een competentieverklaring van de Handvestcommissie van de SIG ook voor de SMR een wezenlijke versterking van de positie van de individuele berichtgever is. Dit, zolang behouden blijft dat:

- 1e. de patiënt volstrekt anoniem blijft;
- 2e. de privacy van de specialist zo goed mogelijk wordt beschermd.

Daarnaast speelt mede een rol dat naarmate de SIG meer inhoud krijgt, met meer succes tegenover de overheid de vraag kan worden gesteld: op welke grond een wettelijke informatieplicht extra zou moeten worden geïntroduceerd.

### Follow-up intercollegiale toetsing

Een tweede voorbeeld van de bestendige LSV-lijn betreft de aan het Rapport Intercollegiale Toetsing gegevens follow-up. Ondanks het feit dat op dit moment over de financiering van de noodzakelijke landelijke begeleiding nog geen absolute zekerheid kan worden geboden, wordt gestaag doorgewerkt. Aangezien wij in ons Centraal Bestuur niet aan 'mutual adoration' doen, hoef ik collega Simons niet te noemen. Collega Casparie en collega Reerink echter hebben daar als niet CB-lid wel degelijk recht op. Niet alleen dat zij in samenwerking met anderen, waaronder collegae vanuit de Geneeskundige Vereniging, een workshop hebben opgezet, zij treden ook bij herhaling op voor medische staven. Maar, hoe loffelijk dit optreden op zich ook moge zijn, het onderstreept nog eens de noodzaak van een continue landelijke begeleiding, omdat daaraan een daadwerkelijke behoefte bij de staven aanwezig is.

Het Centraal Begeleidings Orgaan, zoals in het Rapport Intercollegiale Toetsing aanbevolen, zal er dus moeten komen. Liever vandaag dan morgen. Voor de andere betrokkenen moge het een geruststelling zijn te weten dat de LSV daartoe reeds op de lopende begroting een bedrag van f 100.000,— heeft uitgetrokken.

### Rapport buitenpoliklinieken

Voor dit rapport vraagt het Centraal Bestuur wederom uw aandacht. Het heeft in een eerdere versie nu ruim een jaar bij alle belanghebbende organisaties ter visie gelegen, die daarop hun commentaar hebben ingebracht. Dit commentaar is zoveel mogelijk verwerkt. Ter tafel ligt nu naar de mening van het Centraal Bestuur een evenwichtig stuk dat alleszins waardig is tot LSV-standpunt te worden verheven. Dit is van belang, omdat de laatste tijd de vraag omtrent het nut van een buitenpolikliniek – zeker in bepaalde regio's – actueel is.

### Financieringsproblematiek bij de opleiding tot specialist

In de Specialistenbrief is reeds meermalen melding gemaakt van de financieringsproblemen, die de niet-universitaire opleiders ondervinden of zullen gaan ondervinden. De zogenaamde meerkosten, opgeworpen door de CAO voor de assistenten in opleiding, werden uiteindelijk in 1977 door het COZ in de verpleegprijs van de ziekenhuizen verrekend. De situatie voor 1978 echter is nog onzeker. Er gaan stemmen op, onder andere bij de NZR, om de voor 1977 getroffen regeling ook voor 1978 te continueren. Er bereiken ons echter ook geluiden, dat een meer diepgaande bezinning op de financiering van de specialistenopleiding geboden is. In dat kader zou dan de financiering niet alleen van de meerkosten, doch ook van de volledige aan de opleiding verbonden kosten aandacht moeten krijgen. Het lijkt het Centraal Bestuur daarom zeer wenselijk, dat de Commissie Niet-Universitaire Opleiders zich bezint op vanuit de LSV aan te dragen 'steentjes' tot het oplossen van deze niet geringe problematiek.

### Steun aan assistent-geneeskundigen

Een en ander klemt te meer, omdat nu ook voor de assistenten in opleiding in particuliere ziekenhuizen de pensioenvoorziening is gaan spelen. Zonder overleg met betrokkenen heeft het bestuur van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen besloten alle assistenten in opleiding tot specialist in de bij dit Pensioenfonds aangesloten instellingen schatplichtig te verklaren. Dit besluit heeft niet alleen meerdere loonkosten tot gevolg, doch resulteert ook in een aantasting van het verteerbaar inkomen van de assistent. En dat, terwijl zij van de PGGM-regeling geen werkelijk profijt ondervinden. Immers, zolang niet aan pensioen-clearing tussen PGGM enerzijds en Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds en Pensioenfonds Medische Specialisten anderzijds kan worden gedaan – en dit is nu eenmaal niet een-twee-drie te bewerkstelligen – bestaat voor de assistent-geneeskundigen uitsluitend behoefte aan een goede risicoregeling. De pensioenopbouw die bij het PGGM zou plaatsvinden is immers als regel niet waardevast en daarom illusoir. Het is derhalve alleszins begrijpelijk dat LVAG en LAD zich met kracht tegen dit besluit van het PGGM-bestuur verzetten. Aangezien noch de LAD, noch de LVAG in het bestuur van dit pensioenfonds vertegenwoordigd zijn, vormt een en ander weer een prachtig voorbeeld van besluitvorming 'over en zonder u' en waartoe dit kan leiden.



Het spreekt tenslotte welhaast vanzelf dat het Centraal Bestuur in deze niet alleen de ontwikkelingen volgt, doch waar dit in zijn vermogen ligt, de assistent-geneeskundige met raad en daad terzijde staat.

#### Specialist-opleider mag niet de dupe worden

Tenslotte: Voor wat de financiering van een eventuele realisering van deze onterechte verplichtstelling betreft: Het zal u duidelijk zijn dat naar de mening van het Centraal Bestuur deze op geen enkele wijze mag worden afgewenteld op de specialist-opleider.

Het is in dit verband verheugend te kunnen constateren dat het bestuur van de sectie Ziekenhuizen van de NZR zijn leden heeft geadviseerd niet tot aanmelding bij het PGGM van de assistent-geneeskundigen over te gaan, waar – en ik zou liever zeggen: temeer waar – de financiering niet is geregeld.

#### Eigen statuten voor LSV

Naar mijn mening gaat het belang van de vergadering van vandaag duidelijk uit boven dat van een gemiddelde huishoudelijke vergadering. Op de agenda staat immers een eerste concept van een algemene discussie over eigen statuten voor de LSV. Aan het aan u voorgelegde concept ligt een herbezinning op de positie van de LSV en de verhoudingen binnen de KNMG ten grondslag.

Men zou kunnen zeggen, dat de volwassenheid van de LSV nu wordt gelegaliseerd. Het gaat hier overigens niet om een geïsoleerd proces, omdat hetzelfde zich afspeelt binnen LAD en LHV.

Aanleiding tot deze bezinning vormde nu eenmaal een externe omstandigheid, te weten: het inwerking treden van Boek II van het nieuwe Burgerlijk Wetboek. Zonder op de discussie die straks volgt, vooruit te willen lopen, zou ik willen stellen dat de eenheid van de artsenorganisatie een zo groot goed is, dat daaraan op geëigende punten concessies moeten worden gedaan. Dit geldt zowel voor de interne organisatie van de LSV als voor de relatie tussen de KNMG en de andere maatschappelijke verenigingen. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft ons inziens een goed kader voor deze onderlinge verhoudingen geschapen door de bekrachtiging van het door het Hoofdbestuur voorgestelde nieuwe artikel 24 van de KNMG-statuten. Daarmee worden immers de eigensoortige werkzaamheden die de maatschappelijke verenigingen de laatste jaren reeds zelfstandig uitvoeren, ook statutair aan hen toebedeeld.

De KNMG geeft daarmee een volwassen dochter de zelfstandigheid die haar ook in deze tijd toekomt.

In dit licht kan ik mijn inleiding beëindigen met het in één adem uitspreken van zowel

wens als vertrouwen dat, hoe de artsenwereld in de toekomst ook moge reilen en zeilen, mede door formalisering in statuten en reglementen, toch de eenheid binnen de KNMG behouden zal blijven.

Aldus LSV-voorzitter A. M. Gründeman ter inleiding van de beraadslagingen.

#### Huishoudelijke zaken

De vergadering werd daarbij een pakket huishoudelijke zaken voorgelegd waarover de afgevaardigden zich dienden uit te spreken. Men ging achtereenvolgens akkoord met het jaarverslag van de secretaris over 1977 (MC 1978, blz. 378 e.v.), de financiële jaarstukken van de penningmeester, het accountantsrapport en het verslag van de Commissie Geldmiddelen over het financiële beheer, alsmede met het voorstel de penningmeester te déchargeren.

Op voorstel van het Centraal Bestuur werden de volgende volgens rooster aftredende bestuursleden herkozen: Dr. G. Boersma, orthopaedisch chirurg te Apeldoorn; A. M. Gründeman, chirurg te Amsterdam; A. M. van der Heyden, orthopaedisch chirurg te Nijmegen; Dr. A. Kastelein, radioloog te Rhon; A. J. Simons, radioloog te Almelo. Ter vervulling van de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. C. H. van Erk, anaesthesist te Bussum ('... er is een tijd van komen er er is een tijd



*De scheidende LSV-ondervoorzitter Dr. C. H. van Erk – '... er is een tijd van komen en er is een tijd van gaan ...'*

van gaan ...') werd Dr. B. K. Bootsma, cardioloog te Utrecht, met algemene instemming gekozen. Dr. Bootsma zal het voorzitterschap van de Commissie Specialisten in Dienstverband op zich nemen. De vergadering stemde ook in met een tweetal wijzigingen van het reglement van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten. Omdat de meeste afgevaardigden zich hierbij niet persoonlijk betrokken voelden bracht de meerderheid hierover een blanco stem uit. De voorgenomen wijzigingen (aangenomen met 17 stemmen voor, 2 tegen en 24 blanco) behelzen:

a. de jaarlijkse aanpassing van de zogenaamde aanpassingscoëfficiënt van het bedrag aan beroepsinkomsten waar beneden vrijstelling van het deelnemerschap kan worden verkregen (artikel 1 van het Reglement van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten);

b. voortzetting van het deelnemerschap aan de pensioenregeling voor die specialisten die na het bereiken van de leeftijd van 65, respectievelijk 60 jaar hun praktijk blijven uitoefenen. Het bestuur van het Pensioenfonds zal thans nog het fiat van de minister van Sociale Zaken met betrekking tot deze wijzigingen dienen te verkrijgen.

#### Rechtspersoonlijkheid

Veel tijd vergde de behandeling van een eerste opzet voor Statuten en een nieuw Huishoudelijk Reglement van de LSV. Een en ander is – zoals bekend – aan de orde in verband met de in werking treding (in 1976) van Boek II van het Nieuw Burgerlijk Wetboek, waardoor alle Verenigingen rechtspersoonlijkheid hebben gekregen. Blijkens de toelichting van het Centraal Bestuur zijn de concept-Statuten der LSV geenszins bedoeld als een 'panklare' tekst, doch meer om te trachten enigszins een indruk te geven van bepalingen, die een plaats zullen moeten krijgen in de Statuten der LSV. Over een aantal onderwerpen moeten nog nadere besprekingen worden gevoerd deels in verband met beleidsmatige aspecten en deels in verband met juridische aspecten. Bovendien moeten er nog



*Leden van de Landelijke Specialisten Vereniging in vergadering bijeen in Hoog Brabant te Utrecht*

besprekingen worden gevoerd met de KNMG en de andere Maatschappelijke Verenigingen over een nadere uitwerking van de onderlinge relatie. Bepalingen daaromtrent zullen zoveel mogelijk een plaats krijgen in de diverse Huishoudelijk Reglementen. In het Huishoudelijk Reglement der LSV zullen naast bepalingen betreffende de relatie met de KNMG en de andere Maatschappelijke Verenigingen ook andere bepalingen moeten worden opgenomen, die gezien moeten worden als een uitwerking van de Statuten. Het zal daarbij in hoofdzaak gaan om bepalingen uit het huidige Huishoudelijk Reglement, die geen plaats in de Statuten hebben gekregen.

#### **Informatief**

Nadat de Ledenvergadering instemming had betuigd met het voorstel tot wijziging van punt 10 van de Algemene Inleiding op de richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk, alsmede met het rapport van de Commissie Buitenpoliklinieken, volgde tot besluit nog een uitvoerig informatief gedeelte, dat de aanwezigen nader op de hoogte bracht van de vorderingen met betrekking tot beleidsaangelegenheden vanuit de volgende departementen:

- a. Algemene Zaken – PR-activiteiten, toegelicht door CB-lid F. S. K. Scholl;

- b. Ziekenhuis- en Stafaangelegenheden – follow-up van het Rapport Intercollegiale Toetsing in algemene ziekenhuizen, toegelicht door CB-lid A. J. Simons;
- c. Onderwijs, Informatica, Buitenland – mededelingen van het CB-lid Dr. G. Boersma over medische informatica;
- d. Interne KNMG-aangelegenheden, waarover volgens ondervoorzitter Dr. C. H. van Erk – na al het voorgaande – niet veel behoefte te worden gezegd;
- e. Tariefzaken – gedetailleerd toegelicht door J. Heckman, voorzitter van de Onderhandelingscommissie, waarbij onder meer nader werd ingegaan op de aanpassing van de particuliere honoraria en de ziekenfondstarieven.

## **PRAKTIJKPERIKELN**

### **Wat heet even?**

Korte door artsen geschreven signaleringen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

*In 1975 was patiënt, wonende te H en werkzaam op een suikerfabriek te IJ, in het ziekenhuis te D geopereerd aan een mediale meniscus. Tijdens de laatste suikerbieten campagne kreeg hij last van zijn laterale meniscus. Zijn huisarts verwees hem op 13 december 1977 voorzichtigheidshalve naar de orthopedische polikliniek van het ziekenhuis waar hij was geopereerd. Daar waren immers de oude röntgenfoto's, men kon dan vergelijken enz.*

*Betrokkene maakte een afspraak en kan al op 7 maart 1978 naar de polikliniek voor zijn eerste onderzoek.*

*Reactie verbandmeester: Pas goed op, want je kunt dan al lang dood en begraven zijn. Laat in dat geval je weduwe wel even de polikliniek waarschuwen, anders loopt het afspraksprekkuur in het honderd'.*

*Reactie patiënt: ik kijk het nog een paar dagen aan en dan begin ik weer; die bieten moeten toch voor Kerstmis de deur uit!*

*Reactie ondernemingsarts: 'Komt u om geen brokken te maken, voor voor u begint wel even bij mij langs!'*

# Ledenvergadering LHV

De Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 21 april jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft een aanzet van hoog gehalte gegeven voor een diepgaande bespreking van de inmiddels alle LHV-leden voorgelegde 'Aanzet voor een visie van de LHV'. Deze Visie zal onderwerp van bespreking zijn in maar liefst 26 regionale bijeenkomsten welke vanaf 10 mei aanstaande, verspreid over het gehele land worden belegd.

LHV-voorzitter J. W. Jacobze leidde de beraadslagingen als volgt in:

Beleid omvat doelen, wegen en middelen. Dit is altijd zo geweest maar door de ontwikkelingen in de maatschappij, die ook hun invloed hebben op organisaties die binnen die maatschappijen functioneren, betekent beleidvoering anno 1978 wat anders dan beleidvoering twintig, tien of zelfs vijf jaar geleden. Dit komt met name door twee mijns inziens belangrijke veranderingen die zich hebben voorgedaan.

De eerste is dat gezag niet langer een bindende kracht is voor een organisatie. Organisaties die dit toch trachten te handhaven ondervinden daarvan de moeilijkheden: ik denk dan bijvoorbeeld aan problemen die zich hebben voorgedaan bij verenigingen zoals KNSB en KNVB. Ook u hebt deze verandering – bewust of onbewust – laten merken en ook in de opstelling van het Centraal Bestuur heeft het waarschijnlijk een rol gespeeld. Meer dan voorheen en in toenemende mate zullen wederzijds vertrouwen en interactie als integrerende kracht dienen te gaan functioneren.

Dit betekent een grotere participatie van de leden – en dus van u – niet alleen in de eigen taaksituatie maar ook in de interne beheersingsstructuur van de LHV en op het niveau van de bepaling van de doelstellingen. Deze participatie zal



LHV-voorzitter J. W. Jacobze:  
*'... wederzijds vertrouwen en interactie.'*

moeten berusten op doelbewust handelen, op groter invloed op de besluitvorming en op binding aan gezamenlijke doelstellingen.

Wij – het Centraal Bestuur – zullen onze doelstellingen en onze invloed als professie moeten verbreden en versterken, alsmede u de kennis en informatie moeten aangeven die noodzakelijk is om eerder dan tot nu toe bij de beleidsvorming te worden betrokken. Wij zullen ook moeten zorgen voor een organisatiestructuur die participatie mogelijk maakt. Dit zal met name op het gebied van de interne beleidsdoeleinden een decentralisatie tot gevolg hebben.

Uwerzijds betekent dit een directe betrokkenheid op de LHV-organisatie als totaliteit, een actieve en positieve inbreng van en binding aan onze doelstellingen. Daaruit volgt dat bij de beleidsbepaling een 'nee' alléén niet meer voldoende kan zijn. Dan zal tevens moeten worden aangegeven het waarom en – zo mogelijk – het alternatief, alhoewel ik mij bewust ben dat dit niet altijd mogelijk zal zijn. De tweede verandering die heeft plaatsgevonden is, dat – wil een organisatie

als de LHV in onze samenleving een creërende functie vervullen – wij onze primaire doelstelling (dat is de doelstelling die noodzakelijk is om de continuïteit van de LHV te verzekeren) niet langer autonoom kunnen vaststellen.

De Engelsen hebben het met hun woordgebruik vaak iets makkelijker dan Nederlanders. Wij kennen alleen het woord doelstelling. Zij onderscheiden 'objective', 'goal' en 'target'. Wij zullen niet alleen moeten zorgen dat onze 'goals' binnen de 'objectives' van de gezondheidszorg vallen, maar er bovendien aan moeten werken de 'objectives' van de gezondheidszorg mee te bepalen. En dat betekent bijvoorbeeld dat er geen kwestie is of wij kwaliteit wel of niet in ons vaandel willen schrijven. De continuïteit van de LHV en de positie alsmede de rol van de huisarts is ervan afhankelijk.

Maar dan zullen wij de consequenties van onze doelstellingen moeten aanvaarden als deze zich uitkristalliseren in concrete waarden, normen en taakomschrijvingen, ook al betekent dit het afstaan van een stukje onafhankelijkheid en vrijblijvendheid. Door de ontwikkelingen zullen deze beide steeds meer een illusie worden. Beter dan te trachten deze ontwikkelingen af te remmen is het door mee te sturen en zelfregulering de ontwikkelingen positief te beïnvloeden.

Aldus de LHV-voorzitter, die het voorgaande had willen zeggen om de discussie over de 'Visie' in dit licht te doen bekijken.

Deze 'Visie', die de komende tijd dus in de regio onderwerp van vele besprekingsronden zal zijn, mondt uit in dertien vragen die volgens het Centraal Bestuur der LHV besloten kunnen liggen in het onderhavige discussiestuk. Deze luiden:

1. Is de LHV medeverantwoordelijk voor een beroepsopleiding tot huisarts?
2. Heeft de LHV een voortdurende

verantwoordelijkheid voor de taakomschrijving van de huisarts?

3. Heeft de LHV de zorg voor kwaliteitsbewaking? Zo ja, bent u dan bereid hieraan mede te werken?

4. Is de LHV medeverantwoordelijk voor continue nascholing? Zo ja, bent u dan bereid na te scholen?

5. Heeft de LHV de zorg voor het scheppen van kaders waarbinnen samenwerking in de eerste lijn mogelijk is? Zo ja, bent u bereid om in enigerlei vorm samen te werken?

6. Heeft de LHV de zorg voor het handhaven van de pluriformiteit in de uitoefening van het huisartsenberoep?

7. Heeft de LHV de zorg de plaatsbepaling van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg te verduidelijken en te handhaven?

8. Heeft de LHV de zorg voor een adequate honorering van de huisarts voor zijn werkzaamheden?

9. Is de LHV medeverantwoordelijk voor kostenbewaking? Bent u bereid zelf mee te werken aan kostenbewaking?

10. Heeft de LHV de zorg voor het in stand houden van overlegsituaties met anderen waardoor het bovenstaande kan worden gerealiseerd?

11. Bent u bereid in het kader van de spreiding van huisartsenhulp mee te werken aan een vestigingsbeleid?

12. Is de doelstelling van de LHV het bevorderen van het goed functioneren van de huisartsen?

13. Bent u bereid deel te nemen aan de noodzakelijke bestuurswerkzaamheden?

## Reorganisatie

Vele vragen dus voor de beantwoording waarvan nog meer vergaderingen zullen moeten worden belegd. Niettemin streeft het Centraal Bestuur der LHV wel degelijk naar vaststelling van de 'Visie', waardoor de doelstelling van de LHV duidelijker zal komen te liggen. Met betrekking tot die doelstelling moet volgens het Centraal Bestuur het bestuurswerk worden gereorganiseerd. Over de thans in grote lijnen voorgestelde reorganisatieplannen werd in deze Ledenvergadering eveneens van gedachten gewisseld. Het regionale bestuurscorps was al eerder van de ideeën die daarover binnen het Centraal Bestuur leven op de hoogte gesteld. Een en ander komt op het volgende neer:

Visie en doelstelling zijn uiteraard in voortdurende ontwikkeling, vandaar dat er een adviesgroep zou kunnen komen om deze ontwikkeling te signaleren en gestalte te geven. Het C.B. heeft, vooruitlopend en

## Convocatie LHV-ledenvergadering vrijdag 2 juni 1978

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept ex artikel 26 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement een ledenvergadering bijeen op vrijdag 2 juni 1978. Deze vergadering zal worden gehouden te Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Jaarbeursplein, (tel. 030-914914).  
Aanvang: 19.30 uur.

### Agenda

1. Opening.
2. Mededelingen.
3. Notulen.
4. Jaarverslag van de secretaris over 1977.
5. a. Financieel Jaarverslag van de penningmeester over 1977; accountantsrapport; decharge van de penningmeester.  
b. Financieel Jaarverslag van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie over 1977 (dit verslag is geïncorporeerd in dat genoemd onder 5a); decharge van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie.
6. Wijziging van het lidmaatschaps criterium en in verband daarmee wijziging van relevante artikelen in het Huishoudelijk Reglement van de LHV.
7. Follow up regionale bijeenkomsten.
8. Wat verder ter tafel komt.
9. Rondvraag.
10. Sluiting.

### Toelichting

ad. 3. Vaststelling van de notulen van de ledenvergaderingen van 31-08-1977 (no. 77/1301) 25-11-1977 jo 16-12-1977 (nos. 77/1443 en 78/134) 16-12-1977 (no. 78/137) 27-01-1978 (no. 78/590).

ad. 4. zie volgend nummer van Medisch Contact:

ad. 5a en 5b. zie een van de volgende nummers van Medisch Contact.

ad. 6. Invoering van het dubbelcriterium: huisartsen in dienstverband worden ook lid van de LHV. In verband hiermede is aanpassing van art. 6 van het Huishoudelijk Reglement noodzakelijk.

Tevens zal worden voorgesteld, dat assistenten niet in loondienst en waarnemend huisartsen kandidaat-lid blijven en dat assistenten, werkzaam in loondienst, kandidaat-lid worden.

Tevens zal de ledenvergadering worden voorgesteld de LHV-contributie voor huisartsen in dienstverband, gewoon lid, te bepalen op f 25,—, en wel gedurende een proefperiode van 2 jaren.

Voor de volledige tekst van deze reglementswijziging: zie een van de volgende nummers van Medisch Contact.

F. A. van Spanje, secretaris.

inspelend op de ontwikkeling van een LHV-visie, besloten om de werkzaamheden van het bestuur in vijf groepen te delen. Daarbij speelden bovendien de volgende overwegingen:  
– de efficiency van de besluitvorming dient te worden verbeterd;  
– de effectiviteit van de beleidsuitvoering dient te worden vergroot;  
– de coördinatie der werkzaamheden dient te worden gestructureerd;  
– de diverse onderdelen van het beleid dienen een duidelijker 'gezicht naar binnen en naar buiten' te krijgen;  
– de werkbelasting van de bestuursleden dient te worden verminderd.

Opzet van deze indeling is meer delegatie van verantwoordelijkheid naar de diverse groepen, zodat het CB niet alles 'over hoeft te doen'. Het CB onderscheidt vijf groepen van werkzaamheden:

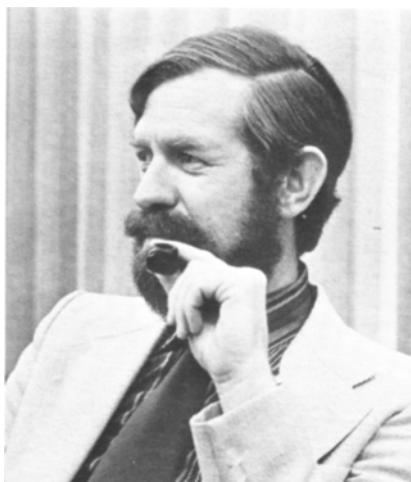
1. algemene zaken: voorzitter (algemene leiding), secretaris en penningmeester;
2. functionele zaken: bijvoorbeeld TakPak, opleiding, verloskunde, nascholing;
3. tariefzaken, waarbij ook inkomen;
4. apotheekzaken
5. structuurzaken: vestigingszaken en (sub)regionalisatie.

Het Centraal Bestuur meent met deze eerste opzet . . . 'die in belangrijke mate nog nadere uitwerking behoeft' . . . de voortdurend groter en complexer wordende en steeds dieper ingrijpende problematiek, die op de individuele huisarts maar ook op de organisatie van de Nederlandse huisartsen afkomt, beter in staat te zijn bevredigende antwoorden te formuleren en eigen initiatieven te ontwikkelen.

# Voorzitter Apotheekcommissie LHV over onduidelijkheid overheidsbeleid

De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mw. Mr. E. Veder-Smit, duidelijkheid gevraagd over het al dan niet intrekbaar zijn van vergunningen voor onbepaalde tijd die apotheekhoudende huisartsen hebben gekregen bij vestiging in een niet apotheekrijp gebied. De voorzitter van de Apotheekcommissie van de LHV, A. J. Bosch, heeft dit de informatieve ledenvergadering van de LHV, vrijdag 14 april jl gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, meegedeeld. De AC-voorzitter leidde deze problematiek als volgt in:

Reeds eeuwenlang vervult de apotheekhoudende huisarts in ons land een taak in de geneesmiddelenvoorziening ten plattelande en ook thans is hij een niet weg te denken en onmisbaar fenomeen in de eerstelijns gezondheidszorg in grote delen van ons land. Een kleine 1.300 apotheekhoudende huisartsen nemen daar de geneesmiddelenvoorziening van ongeveer een derde deel van de bevolking voor hun rekening. In vroegere tijden en nog tot voor vrij kort geleden werd de artseneijbereidkunst in letterlijke zin beoefend, middels het draaien van pillen, mengen van zalven, vouwen van poeders, trekken van infusen en dergelijke. Momenteel is deze magistrale receptuur voor meer dan 90% vervangen door gerede produkten die in kant en klare vorm de apotheek binnen komen en als zodanig ook weer verlaten. Daardoor heeft het 'bereiden van artseneij' goeddeels plaats moeten maken voor andere taken die de geneesmiddelenvoorziening met zich mee brengen. Hiertoe behoort in de eerste plaats het in stand houden van de wettelijk verplichte inrichting en outillage van de apotheek, in de tweede plaats het in voorraad houden van een adequate voorraad medicijnen, die



A. J. Bosch, voorzitter  
Apotheekcommissie LHV

aan de daartoe gestelde kwaliteitsnormen dienen te voldoen. Bij de kwaliteitscontrole verleent het door de apotheekhoudende leden der LHV opgerichte en in stand gehouden CLANAG (Controle Laboratorium der Nederlandse Apotheekhoudende Geneeskundigen) een onmisbare rol. In de derde plaats dient de apotheekhoudende huisarts zich te voorzien van het juiste hulp personeel en in de vierde plaats dient de noodzaak van een doeltreffende medicatiebewaking zich dringend aan door het groeiend aantal en soorten van krachtig werkende medicamenten en het toenemend gebruik daarvan. Medicatiebewaking dient in de eerste plaats om het gebruik, waar mogelijk, te beperken. In de rij van kostenfactoren in de gezondheidszorg komt het geneesmiddelengebruik op de tweede plaats met  $\pm 16\%$  van het totaal, na de ziekenhuisverpleging met ongeveer 45%. Om het verbruik en dus de kosten in te dammen wordt naar maatregelen gezocht, waarvan de afspraak tot

prescriptiebeperking tussen artsen, apothekers en ziekenfondsen een voorbeeld is. Of dit de meest doeltreffende en geëigende maatregel is, zal nog worden geëvalueerd in de loop van dit jaar. In dit verband dient eerlijkheidshalve gemeld te worden dat wat de kosten van geneesmiddelen betreft, de apotheekhoudende huisarts met een voorschrijfpatroon geen slecht figuur slaat. Uit de verslagen van de Ziekenfondsraad blijkt telkenjare dat de kosten van de geneesmiddelenvoorziening voor patiënten van apotheekhoudende huisartsen aanmerkelijk lager zijn dan voor andere patiënten, in een verhouding van 2:3. Dat wij in dit opzicht gunstig afsteken is nog geen reden zich zelf op de borst te slaan, omdat niet zonder meer duidelijk is welke factoren hierbij een rol spelen. Medicatiebewaking betekent in de tweede plaats het kritisch begeleiden van de medicijnen gebruikende patiënt. Hierbij is duidelijk dat samenwerking tussen artsen en apothekers, waarbij hun wederzijdse deskundigheid ten faveure van de patiënt wordt gecombineerd, een gewenste ontwikkeling is.

Gezien de eigen geaardheid van de geneesmiddelenvoorziening door de apotheekhoudende huisarts dient deze apart de aandacht te krijgen. Enerzijds bevindt hij zich als geneesmiddelenleverancier in een voor een adequate medicatiebewaking gunstige situatie, immers als huisarts is hij op de hoogte van de medische in's en out's van de patiënt en kan zich met die gegevens in het hoofd een goed oordeel vormen over de te verwachten nevenwerkingen en interacties bij die specifieke patiënt. Anderzijds is ook samenwerking met de apotheker, in de rol van consulent en adviseur, zeer gewenst, waarbij stelling II uit de eerder gepubliceerde nota 'Toekomst der geneesmiddelenvoorziening ten plattelande' als leidraad kan dienen. Het is de wens van de LHV hierover met de KNMP tot goede werkafspraken te komen. De rechtspositie van de apotheekhoudende

huisarts wordt geregeld in de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Als huisarts kan hij zich vrij vestigen, wil hij ook apotheekhoudend zijn, dan kan hij daartoe de bevoegdheid verkrijgen op grond van artikel 6 van de WOG. Daarbij is van belang in welk soort gemeente hij zich vestigt. Ter herinnering: een A-gemeente is een gemeente waar een apotheker is gevestigd, een B-gemeente grenst aan een A-gemeente, en alle andere gemeentes zijn C-gemeentes.

Bij vestiging in een C-gemeente is hij automatisch bevoegd voor die en eventueel aangrenzende C-gemeentes; voor delen van A- en B-gemeentes kan hij desgewenst een aanwijzing vragen bij de Provinciale Commissie voor Gebiedsaanwijzing. Bij vestiging in een A- of B-gemeente dient hij een vergunning aan te vragen bij die Commissie, die hij al of niet krijgt voor een bepaald gebied, waarin hij dan geneesmiddelen mag afleveren aan zijn eigen patiënten.

Criterium bij de beoordeling van een aanvraag is het belang van de geneesmiddelenvoorziening, dat wil zeggen: de vergunning wordt gegeven voor een gebied van waaruit de bestaande apotheken door te grote afstand of anderszins moeilijk bereikbaar zijn. De apothekers die het aangaat, dus de apothekers uit de omgeving, worden bij de behandeling van de aanvraag gehoord en kunnen bezwaar maken. Beiden, artsen en apothekers, kunnen tegen de beslissing van de Commissie in beroep gaan bij de Minister.

Afgezien van de bepalingen van artikel 6 is voor de apotheekhoudend huisarts van belang of zijn praktijkgebied apotheekrijp is verklaard of niet bij zijn vestiging. Zo ja, dan verliest hij zijn bevoegdheid wanneer zich ter plaatse een apotheker vestigt, zo nee, dan behoudt hij, zoals artikel 7 van de WOG bepaalt, zijn bevoegdheid zolang hij daarvan gebruik blijft maken. Er schuilt hier echter een addertje onder het gras: artikel 6 lid 4 bepaalt dat een vergunning kan worden ingetrokken wanneer de grond voor het verlenen komt te vervallen. Tot voor kort mochten zich vestigende apotheekhoudende huisartsen, die een vergunning kregen voor onbepaalde tijd in een niet apotheekrijp verklaard gebied, ervan uitgaan dat zij hun apotheek konden aanhouden, ook wanneer zich in hun praktijkgebied een apotheker zou vestigen, tenzij dat gebied bij hun vestiging reeds apotheekrijp was verklaard.

Enkele jaren geleden echter is de vestiging van een apotheker door de Provinciale Commissie in Gelderland en in beroep ook door staatssecretaris Hendriks, aangemerkt als een gebeurtenis waardoor de grond van het verlenen van de vergunning komt te vervallen, en zijn drie vergunningen ingetrokken. Daarbij is voorbijgegaan aan de rechtsbescherming die het systeem van de apotheekrijpverklaring de apotheekhoudende huisarts garandeert en

---

## Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is nog een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van f 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht.

---

is de in de wet vastgelegde zekerheid, dat zij bij hun vestiging weten waaraan zij wat betreft de toekomst van hun apotheek toe zijn, fundamenteel ondermijnd. De kwestie van het intrekken van vergunningen is voorgelegd aan de Raad van State. Wanneer de Raad van State beslist dat dergelijke vergunningen kunnen worden ingetrokken, ontstaat voor de apotheekhoudende huisartsen met een vergunning een volstrekt onzekere situatie waarin zij niet weten of zij hun apotheek, waarin zij geacht worden ten gerieve van de aan hun zorgen toevertrouwde patiëntentijd, energie en middelen te investeren, door een niet te voorziene vestiging van een apotheker, al dan niet kwijt zullen raken. Bij kleine praktijken kan daardoor de medische vestigingsplaats in gevaar komen, bij grotere praktijken kan een gewenste splitsing of associatie worden belemmerd.

Duidelijkheid van de kant van de huidige staatssecretaris over het al dan niet intrekbaar zijn van deze vergunningen is dringend gewenst en zo ja, op grond van welke criteria? Inmiddels is om deze duidelijkheid ook gevraagd. Duidelijkheid is ook gewenst aangaande het nieuwe vestigingsbeleid voor apothekers dat, naar wij uit de Rijksbegroting voor het jaar 1978 vernamen, ten departemente wordt voorbereid. Voor zover daardoor de

vestigingsmogelijkheden voor apotheekhoudende huisartsen meer dan thans het geval is worden beperkt, is in ieder geval participatie van de apotheekhoudende huisartsen aan eventuele verdere besprekingen over dit beleid conditio sine qua non. Op die participatie is van de zijde van de KNMG bij de vorige staatssecretaris herhaaldelijk en tevergeefs aangedrongen.

In de huidige situatie in Nederland is de apotheekhoudende huisarts voor een goede en goed bereikbare geneesmiddelenvoorziening in plattelandsgebieden de aangewezen functionaris. Voor zijn functioneren als zodanig nu en in de toekomst is een duidelijke en zekere wettelijke basis onontbeerlijk, zodat hij bij zijn vestiging weet waaraan hij toe is en in die wetenschap de nodige maatregelen kan nemen ten einde een verantwoorde geneesmiddelenvoorziening ten gerieve van zijn patiënten te waarborgen. In de huidige situatie ontbreken deze duidelijkheid en zekerheid op ontoelaatbare wijze.

Het is de wens van de LHV in goed overleg met overheid en KNMP tot verbetering in deze situatie te geraken. Aldus tenslotte de voorzitter van de Apotheek-Commissie der LHV.

---

## ADRESSEN SECRETARISSEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

- Amsterdam: Mr. J. Heeres, Paulus Potterstraat 10, Postbus 5258, Amsterdam-Z., tel. 020-79 63 33.
  - Den Haag: Mr. H. P. Utermark, Koninginnegracht 12B Den Haag, tel.: 070-92 44 61.
  - Groningen: Mr. M. P. Dorhout, Oude Ebbingestraat 91, Groningen, tel.: 050-2 80 41.
  - Zwolle: Mr. S. Willinge Gratama, Burg. van Royensingel 6, Zwolle, tel.: 05200-1 17 33.
  - Eindhoven: Mr. W. J. M. Ten Berge, St. Antoniusstraat 6, Eindhoven, tel. 040-51 76 53.
-



## Cholesterol en hartinfarct

Er staan nog vele vraagtekens bij de vethypothese (Meijler, 1978). Het zou niet juist zijn dit te ontkennen. Voor zeer veel aspecten van de geneeskunde geldt dat er meer vraagtekens dan antwoorden zijn. Medische handelingen berusten vaak op aanwijzingen en niet op bewijzen. Hierdoor hoeven zij niet minder zinvol te zijn. Bradshaw (1975) zegt in dit verband: 'In medicine, as in life, absolutely definitive knowledge is not an essential preliminary to action. In the clinical field doctors make probability judgments every day and act upon them'.

Toch is het van groot belang bepaalde handelwijzen of opvattingen kritisch te blijven bezien, zoals Meijler voorstaat. Een handelwijze is niet gerechtvaardigd als de kans groot is dat we er meer kwaad dan goed mee doen. Alvorens men tot een preventieve maatregel overgaat, dient men een aantal factoren tegen elkaar af te wegen. Hierbij zijn met name van belang:

1. de ernst en (on)behandelbaarheid van de ziekte die men probeert te voorkómen;
2. de kans die een individu loopt om deze ziekte te krijgen;
3. de effectiviteit van de preventieve maatregel;
4. de (on)schadelijkheid van de preventieve maatregel.

*ad 1: (On)behandelbaarheid ziekte*  
Dat coronaire hartziekten een groot probleem vormen zowel wat ernst als incidentie betreft, zal niemand ontkennen. Bovendien bestaat er geen therapie, waardoor de preventie des te belangrijker wordt. De secundaire preventie, die Meijler (1977) voorstaat, blijkt vaak te laat te komen

door C. P. M. Boot



of weinig effect te sorteren: *a.* In een groot percentage van de gevallen blijkt de eerste manifestatie van coronaire hartziekte een 'sudden death' te zijn. *b.* Zoals hartbewakingseenheden nu functioneren, kan men twifelen over het nut ervan (Hill 1976, Mather 1976, Colling 1976); 'As used at present coronary care units are unlikely to improve fatality rates' (Colling 1976). *c.* Dat antistolling na een myocardinfarct zin heeft, moet nog bewezen worden. *d.* Een coronaire bypass-operatie geeft meestal duidelijk klachtenvermindering maar verbetering van de levensverwachting is nog niet ondubbelzinnig aangetoond, hoewel er aanwijzingen voor zijn (v.d. Werf, 1976). Dit is geen pleidooi voor het sluiten van de hartbewakingseenheden of het stopzetten van de bypass-operaties. Het is slechts mijn bedoeling aan te geven dat in het eindstadium van het proces van atherosclerose niet al te grote successen meer zijn te boeken; en verder te laten zien dat men in de curatieve (in tegenstelling tot de preventieve) sector minder moeite ermee heeft een handelwijze uit te voeren alvorens het nut ervan

ondubbelzinnig is aangetoond. Ook secundaire preventie door middel van voedingsverandering heeft waarschijnlijk weinig effect. Van drie belangrijke onderzoeken die op dit gebied gedaan zijn (Research Committee 1965, Research Committee 1968, Leren 1970) toonden twee geen vermindering van recidief-infarcten en mortaliteit. Medicamenteuze cholesterol-verlaging, bijvoorbeeld met clofibrat, heeft als secundaire preventiemaatregel zo goed als geen zin (Coronary Drug Project, 1975). Nogmaals, dit lijkt niet zo verwonderlijk in het eindstadium van de ziekte. Tegenstanders van preventieve voedingsadviezen gebruiken het bovenstaande als argument tegen *primaire* preventie van coronaire hartziekten. In hun argumentatie worden vaak primaire en secundaire preventie 'vrolijk door elkaar gehusseld', waarvoor Meijler (weliswaar in een andere context) waarschuwt. Met name Mann (1977) en McMichael (1976), die Meijler als critici van de vethypothese noemt, maken zich hieraan schuldig. McMichael schrijft: 'Numerous well-planned trials of low-fat, soya bean oil and drugs lowering cholesterol levels, have been uniformly without benefit', terecht merkt Shaper (1976) hierover op, dat hij vergeet te vermelden dat het hierbij louter over myocardinfarct-patiënten en dus over secundaire preventie gaat.

*ad 2: Kans op ziekte*  
Ook al komen coronaire hartziekten veel voor, toch zullen nog altijd verreweg de meeste mensen, ook indien zij tot de hoogste risicogroep behoren, geen premature coronaire hartziekte krijgen. Oliver (1970) wijst

erop dat van de high risk personen (met een combinatie van cholesterol boven 300 mg%, diastolische bloeddruk van meer dan 105 mm Hg en het roken van 20 sigaretten per dag) tien jaar na identificatie 83% in leven is. Daarentegen is een niet verwaarloosbaar aantal hartinfarctpatiënten afkomstig uit minder hoge risicogroepen. Meijler spreekt hier van 'de ziekte die bizar en grillig verloopt'. In dit kader past ook de uitspraak van Meijler dat veel mensen ten onrechte worden gerustgesteld en anderenodeloos angstig gemaakt worden. De westerse welvarende maatschappij kan als geheel een high risk groep worden genoemd. Als in zo'n high risk groep het begrip 'normaal' wordt gedefinieerd als gemiddeld vóórkomend, dan kan normaal tegelijkertijd abnormaal zijn en een risico inhouden.

#### *ad 3: Effectiviteit preventie*

Whyte (1975) stelt het volgende: 'The results of the Framingham study suggest that if 100 men who are non-smokers, with a normal bloodpressure and electrocardiogram, lower their plasma-cholesterol from 310 to 260 mg%, starting at 35 years of age, only 6 could potentially benefit by avoiding a coronary incident, 94 would be likely to follow the regimen without apparent benefit and 8 of these would have an attack within 20 years despite adherence to the regimen'. Dit lijkt een zeer gering resultaat. Bovendien is het de vraag of zelfs dit geringe resultaat bereikt kan worden, omdat immers:

- het niet aannemelijk is dat de kans op een coronaire hartziekte afneemt tot het niveau van degenen die altijd al een cholesterol van 260 inplaats van 310 hebben gehad;
- een daling van het serum-cholesterol van 310 tot 260 (dat is een procentuele daling van 16%) in de praktijk vaak moeilijk te realiseren, laat staan 20 jaar vol te houden is; het Consultatiebureau-project laat een gemiddelde cholesterol-daling zien van 8% (Styblo, 1977).

Een unifactoriële benadering zal daarom in het gunstigste geval een slechts marginaal effect sorteren. Het Consultatiebureau-project past daarom een multifactoriële interventie

toe. Dat velen die adviezen krijgen ook zonder deze adviezen nooit een hartinfarct zouden krijgen, is inherent aan bijna alle vormen van preventie. 'The principal practical problem, apart from managing the treatment, is that it is not possible to predict which particular individuals will benefit from this action. The same applies to wearing seat belts and to most other measures introduced as preventives' (Whyte 1975).

#### *ad 4: (On)schadelijkheid preventie*

Risico's van matiging van voedingsgewoonten en beperking van met name verzadigd vet zijn verwaarloosbaar klein. In dit verband is het verbazingwekkend dat er zoveel tegenstand bestaat tegen het wijzigen van voedingsgewoonten met het argument dat de zin daarvan nog niet onomstotelijk is aangetoond. Zoals reeds gezegd: men heeft in de curatieve sector blijkbaar minder strenge criteria, zelfs als het handelingen betreft waarbij risico's geenszins verwaarloosbaar klein zijn. Als voorbeeld noem ik de antistolling. Verder is het bekend dat bij coronaire bypass-operaties in 20 tot 30% van de gevallen een peroperatief myocardinfarct optreedt (Vonk, 1976). Toegegeven moet worden dat het verschil in benaderingswijze mede bepaald wordt door het feit dat we hier met patiënten te doen hebben en bij de preventie met mensen die ook zonder deze preventie vaak geen ziekte zouden hebben gekregen. Graag wil ik hier nog in het kort ingaan op een aantal punten uit Meijlers reactie op mijn artikel in Medisch Contact van 17 maart van dit jaar.

- Uit Meijlers opmerkingen over het onderzoek van Enos meen ik te kunnen opmaken dat het volgens hem niet aangetoond is dat in minder welvarende landen bij obductie duidelijk minder coronairsclerose wordt gevonden dan in het welvarende Westen. Gaarne verwijs ik opnieuw naar McGill (1968); bij 21.000 obducties in 15 steden over de hele wereld werd op een gestandaardiseerde manier en met vergelijkingen van gelijke leeftijdsgroepen een veel ernstigere atherosclerose van de aorta en de coronairarteriën gevonden in de welvarende landen.

- Dat niet alle jonge Amerikaanse soldaten ernstige atherosclerose hadden ook al gebruikten zij allen een

vetrijk dieet, kan slechts bevreemding wekken bij diegenen die van mening zijn dat een ziekteverwekkend agens de ziekte noodzakelijk tot gevolg moet hebben ongeacht het al of niet aanwezig zijn van andere factoren en de ontvankelijkheid van de 'gastheer'; roken is een bevorderende factor voor longkanker maar niet iedere roker zal het krijgen.

- Meijler zegt over het grote verschil in incidentie van coronaire hartziekten tussen mannen en vrouwen beneden 50 jaar het volgende: 'Het is moeilijk in te zien waarom dit sexeverschil bij alles wat men leest zo weinig aandacht krijgt'. Juist degenen die het onderzoek naar de ontstaanswijze van coronaire hartziekten volgens Meijler tegenhouden (door reeds nu preventie te bedrijven) houden zich hier wel degelijk mee bezig. Uit onderzoek van Arntzenius (1978) blijkt dat vrouwen beneden 50 jaar een significant hoger high density lipoproteïnen-concentratie (HDL) hebben. HDL blijkt omgekeerd gecorreleerd te zijn met de kans op coronaire hartziekten. De hypothese dat HDL een beschermende factor voor coronaire hartziekten is wordt op het ogenblik intensief onderzocht. De functie van het ovarium schijnt in dit verband ook een rol te spelen (Oliver, 1959): 'Ovarian secretion seems to be inversely related to the development of coronary artery disease and the elevated serum-lipid levels', aldus concludeerde Oliver uit een onderzoek bij vrouwen die een bilaterale ovariëctomie hadden ondergaan. Overigens is ook bij vrouwen die deze ingreep niet hebben ondergaan de kans op een myocardinfarct even sterk gecorreleerd met de hoogte van het serum-cholesterol als bij mannen.

*Samenvattend* kan ik het eens zijn met Meijler dat bij de aetiologie van coronaire hartziekten nog veel vraagtekens geplaatst kunnen worden. De oorzaken van een ziekte hoeven echter niet volledig bekend te zijn om het zinvol te maken bevorderende factoren te bestrijden. Ook al zijn de oorzaken van een hartinfarct niet (volledig) bekend, toch vindt Meijler het belangrijk ter preventie het roken van sigaretten te verminderen. Vooral op een terrein waar medici soms lijnrecht tegenover elkaar staan, hebben de patiënt en het publiek recht op een genuanceerde voorlichting, waarbij de pro's en contra's tegen

elkaar worden afgewogen. Stellen dat preventie vooralsnog een utopie is lijkt in dit verband even ongenueanceerd als het negeren van de vragen die nog moeten worden opgelost.

#### Literatuur

- Arntzenius A. C. (1978) Abstracts of the 18th Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology, p.89. Orlando, Florida.
- Bradshaw J. C. (1975) *Lancet* 1, 522-523.
- Colling A. e.a. (1976) *BMJ* 2, 1169-1172.
- Hill J. D. en Hampton J. R. (1976) *BMJ* 2, 1035.
- Leren P. (1970) *Circ*, 42, 935-942.
- Mann G. V. (1977) *BMJ* 297, 644-650.
- Mather H. G. D. e.a. (1976) *BMJ* 1, 925.
- McGill H. C. (1968) *Geographic Pathology of Atherosclerosis*. Williams and Wilkins, Baltimore.
- McMi: hael J. (1976) *Lancet* 2, 1350-1351.
- Meijler F. L. (1977) Genezen is beter dan niet voorkómen.
- Meijler F. L. (1978) Twijfels rondom 'vethypothese' *MC* 33, 339-340.
- Miettinen M. e.a. (1972) *Lancet* 2, 835.
- Oliver M. (1976) *Br. Heart J.* 38, 214-218.
- Research Committee (1965) *Lancet* 2, 501-504.
- Research Committee (1968) *Lancet* 2, 693-703.
- Shaper A. G. (1976) *Lancet* 2, 1203-1204.
- Styblo K. e.a. (1977) *Hartbulletin* 8, 47-60.
- Turpeinen O. e.a. (1968) *Am. J. Clin. Nutr.* 21, 255-276.
- Vonk J. Th. Ch. (1976) *Hartbulletin* 7, 23-25.
- Werf T. v.d. (1976) *NTvG* 120, 1385-1389.
- Whyte H. M. (1975) *Lancet* 1, 906-910.

## Reactie Prof. Dr. F. L. Meijler

In ons land lijkt collega Boot een der weinigen die op evenwichtige wijze preventieve voedingsadviezen met betrekking tot coronaire hartziekten weten aan te bevelen. Zijn aanbeveling is in wezen gebaseerd op: 'Het baat vrij zeker en het schaadt vrij zeker niet'. In dit opzicht verschillen wij niet van mening. Hij is bovendien voorstander van genuanceerde voorlichting aan het publiek waarbij de pro's en contra's tegen elkaar worden afgewogen. In dit opzicht mag hij zeker een uitzondering worden genoemd.

Het heeft naar het mij voorkomt geen zin op de details van de ingezonden brief van collega Boot in te gaan. Het is duidelijk dat hetzelfde feiten(?)materiaal tot niet-overeenkomstige opvattingen kan leiden.

Er is echter toch nog een *misverstand* dat zo mogelijk uit de wereld moet. In *ad 4* stelt collega Boot, dat het verbazingwekkend is dat er zoveel tegenstand bestaat tegen het wijzigen van voedingsgewoonten. De weerstand beperkt zich tot het fanatisme waarmee die wijzigingen worden aanbevolen. De weerstand geldt de voorlichters die het publiek

alternatieven voorhouden die niet bestaan. Iedereen weet dat een veiligheidsgordel een ongeluk met ernstige afloop niet kan voorkomen, maar wist iedereen dat een met onverzadigde vetzuren toebeleid vegetarisch dieet het coronarialijden niet voorkomt?

Natuurlijk kan de westerse welvarende maatschappij een 'high risk' groep worden genoemd, maar dat is een open deur. Nergens ter wereld leeft men langer en gezonder dan in die westerse welvarende maatschappij. Het gaat ons zo vreselijk goed, maatschappelijk, cultureel en fysiek, dat we uit louter verveling en schuldgevoel het maar tot 'high risk' bevorderen. Misschien kunnen we nog een beetje langer en gezonder leven door minder vet te eten, niet meer te roken en voor het ontbijt een trimbaan te nemen. Wie weet lukt het! Geen zinnig mens is contra, maar evenmin is het zinnig noch verantwoord zodanig pro te zijn dat dit aanleiding geeft tot sterk eenzijdige voorlichting waardoor het publiek gaat geloven dat er van werkelijke preventie sprake is. Er zijn te weinig feiten beschikbaar voor welk definitief standpunt dan ook.

## CAO-Ziekenhuiswezen

## Uitspraak uitvoeringsregeling overwerk

De Interpretatiecommissie, bedoeld in artikel 39 van de CAO-Ziekenhuiswezen, heeft:

Gelet op de artikelen 1 en 7 van de uitvoeringsregeling overwerk

Gezien de vraag:

Indien volgens de 9e uitspraak van de commissie uren gedurende welke door de werknemer in het kader van de

bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst arbeid wordt verricht, in aanmerking worden genomen voor de vaststelling of langer dan 50 c.q. 60 uren wordt gewerkt, met welk percentage overwerkvergoeding dienen dan die uren te worden vergoed, uitkomende boven genoemde 50 c.q. 60 uren?

Overwegende:

Dat de vraagstelling betrekking heeft op

het voorbeeld, behorende bij de laatste vraag van de negende uitspraak, waaruit blijkt dat vijf uren worden vergoed; dat genoemde uren in hun geheel of in gedeelten kunnen vallen onder de verschillende percentages, aangegeven in artikel 7 van de uitvoeringsregeling; dat aan de hand van het aantal uren boven de 40 een berekeningswijze op basis van een gewogen rekenkundig gemiddelde van de van toepassing zijnde percentages daarom voor de hand ligt.

Beslist als volgt:

De uren uitkomende boven de 50 c.q. 60 uren worden vergoed met het bedrag, dat per uur in geld is verkregen als gewogen rekenkundig gemiddelde van de van toepassing zijnde percentages, welke aan het totaal aantal overwerkuren zijn gerelateerd.

#### Voorbeeld

4 uren overwerk op maandag tussen 06.00 uur en 22.00 uur =  $4 \times 25\% \times 1/173$  van het salaris f 5.000,- ..... = f 28,90

4 uren overwerk op maandag tussen 22.00 uur en 06.00 uur =  $4 \times 50\% \times 1/173$  van het salaris f 5.000,- ..... = f 57,80

4 uren overwerk op zaterdag =  $4 \times 75\% \times 1/173$  van het salaris f 5.000,- = f 86,70

4 uren overwerk op zondag =  $4 \times 100\% \times 1/173$  van het salaris f 5.000,- = f 115,60

Totaal 16 uren = f 298,-  
1 uur = f 18,06

#### Gezien de vraag:

Is de beslissing op de eerste vraag van de negende uitspraak eveneens van toepassing op part-timers, die in het kader van de bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst arbeid verrichten?

#### Overwegende:

Dat volgens de zesde uitspraak op part-timers, die uitsluitend bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst verrichten de desbetreffende uitvoeringsregeling en derhalve niet de uitvoeringsregeling overwerk van toepassing is; dat indien het betreft part-timers, die niet uitsluitend bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst verrichten, er geen aanleiding bestaat en het uit een oogpunt van gelijke rechtsbedeling ook niet wenselijk is anders te handelen dan in de eerste vraag van de negende uitspraak is aangegeven.

Beslist als volgt:

op part-timers, die in het kader van de bereikbaarheids-c.q. aanwezigheidsdienst arbeid verrichten, is de eerste beslissing van de negende uitspraak eveneens van toepassing.

Aldus gegeven te Utrecht, de 9e februari 1978.

## Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1977 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1977 worden gebundeld in twee delen. Daarvoor zijn twee banden nodig, waarbij ervan wordt uitgegaan dat dan tevoren de advertentiepagina's uit de losse nummers zijn gescheurd.

Deze stempelbanden MC 1977 I en MC 1977 II, wederom uitgevoerd in linnen met goudopdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,- per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1976'.



## Aangepaste naaldbanden

Uiteraard blijven beschikbaar de al eerder aan het grotere MC-formaat aangepaste naaldbanden, waarin telkens 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de successievelijk binnenkomende nummers samenbundelen dan zal men over twee naaldbanden dienen te beschikken.

Ook deze naaldbanden kunnen worden besteld door overmaking van f 27,50 per stuk (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van: 'Naaldbanden MC'.

## NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

# Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding

## Verslag van de vierde plenaire zitting

De vierde plenaire zitting van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding zou oorspronkelijk in oktober 1977 plaatsvinden, maar in verband met een sterke overbelasting van de tolken als gevolg van de vele vergaderingen die nodig waren ten gevolge van de moeilijkheden in de textielindustrie moest de in het oog van de commissie in Brussel minder belangrijke vergadering inzake de medische opleiding tot 19 en 20 december 1977 worden uitgesteld.

### Rapportage/advisering

Nadat, zoals gewoonlijk, de agenda was goedgekeurd en de notulen van de bijeenkomst van 10 en 11 maart 1977 waren gearresteerd, werd de voorzitter een aantal mededelingen gedaan.

Van groot belang was het feit dat men in EEG-kringen in Brussel een onderscheid wenst te maken tussen *rapportage* en *advisering*. Dat betekent dat een door de werkgroep uitgebracht rapport niet in stemming behoeft te worden gebracht; het is slechts de informatie vanuit deze werkgroep die, indien de plenaire zitting zich daarmee akkoord kan verklaren, de grondslag kan vormen voor een advies aan de Commissie in Brussel en aan de regeringen van de negen landen. Het werd ook door de Commissie in Brussel wenselijk geacht dat een aanbeveling van de kant van het Raadgevend Comité aan de Commissie vergezeld zou zijn van een inleiding, waardoor het voor de leken mogelijk zou kunnen worden een oordeel uit te spreken over de wenselijkheid van de voorgestelde maatregelen.

Tevens zou voorkomen moeten worden dat aanbevelingen van het Raadgevend Comité zouden bestaan uit uitvoerige rapporten. Het is zaak om deze aanbevelingen zo duidelijk en kort mogelijk te formuleren. Aangezien de aanbevelingen zullen moeten uitlopen op beslissingen van de Commissie over eventuele veranderingen in de Richtlijnen, is het duidelijk dat ze juridisch waterdicht moeten zijn en rekening moeten

door **Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen**



De heer Van Nieuwenhuizen is vice-voorzitter van het Raadgevend Comité voor de Medische opleiding, ingesteld d.d. 16 juni 1975 met als taak er mede voor te zorgen dat de medische opleiding in de Europese Gemeenschap zowel wat de opleiding tot arts als de aanvullende opleiding betreft op een vergelijkbaar hoog niveau ligt.

houden met de talloze interpretaties van de Richtlijnen die inmiddels reeds in druk zijn verschenen.

Een ernstig struikelblok voor de voortgang van de werkzaamheden van het Raadgevend Comité is de barrière gelegen in de beperkte mogelijkheden tot vertalen. Formeel moeten alle stukken in alle talen van de Negen worden vertaald, maar noodgedwongen gaat men vaak akkoord met een vertaling in het Frans, Duits en Engels.

### Part-time opleiding specialisten

De commissie-Rapin kwam met haar eindverslag..

Het bleek, dat verschillende landen in de onmogelijkheid waren op korte termijn de part-time opleiding om te zetten in een

full-time opleiding. Italië, Frankrijk, maar ook Engeland hielden vast aan de mogelijkheid de opleidingen part-time te doen verlopen.

Bovendien meende men dat er geen klemmende redenen waren om de part-time opleiding alleen toe te wijzen aan bepaalde specialismen (vooral dan de zogenaamde kleinere specialismen). Men meende dat ook chirurgie, interne, gynaecologie etc. voor een part-time opleiding in aanmerking zouden moeten kunnen komen. De achtergrond van deze houding is wel duidelijk. Ten dele houdt hij verband met de onmogelijkheid in bepaalde landen op korte termijn alle opleidingen full-time en dus betaald te maken. Deze situatie, die in Nederland en in Duitsland sinds jaar en dag bestaat, is in de andere landen niet overal bereikt.

Het rapport maakt terecht een onderscheid tussen *onderbreking* van de opleiding en een *part-time* opleiding, die desnoods over de gehele opleidingstijd zou moeten worden toegestaan. Een onderbreking van de opleiding moet mogelijk zijn voor het vervullen van de militaire dienstplicht, voor een periode voor en na een partus, maar ook voor ziekte en voor een 'mission': het door de overheid worden uitgestuurd met een bepaalde opdracht, bijvoorbeeld een studie in het buitenland. Een part-time opleiding moet mogelijk zijn voor die landen waarin een betaling voor een full-time opleiding nog niet mogelijk is; een part-time opleiding wordt gezien als een gelijkwaardige variant. Op dit punt is het rapport-Rapin onlogisch, want het begint met ervan uit te gaan dat de full-time opleiding de meest wenselijke is en vervolgt daarna met vast te stellen dat een part-time opleiding daaraan gelijkwaardig is. Van tweeën één: of de full-time opleiding is de meest wenselijke en dan moeten we proberen de part-time opleiding zoveel mogelijk tegen te houden of de part-time opleiding is gelijkwaardig en dan bestaat er geen reden om alle mogelijke maatregelen te treffen om deze part-time opleiding op te heffen.

In feite heeft men bij het accepteren van de Richtlijnen uitgesproken, dat de part-time

opleiding nog vier jaar zou kunnen voortbestaan en dat daarna moest worden bekeken of deze variant moet worden voortgezet dan wel opgeheven.

Na een discussie waarin politieke motieven niet aan het licht kwamen en allerlei onderwijskundige argumenten werden aangevoerd om de part-time opleiding veilig te stellen, kreeg rapporteur Rapin de opdracht het rapport zodanig te herschrijven dat de meerwaarde van de full-time opleiding zou worden beklemtoond, al wordt niet uitgesproken dat de part-time opleiding over vier jaar van de baan moet zijn.

Argumenten tegen een part-time opleiding zijn: de gecompliceerdheid van de dagvulling wanneer men naast de part-time opleiding een eigen praktijk heeft, met alle mogelijke incidenten en acute interventies die daarbij noodzakelijk zijn; daarnaast ook de onmogelijkheid een patiënt met een bepaalde afwijking regelmatig te vervolgen; bovendien is het in een part-time opleiding onmogelijk tijdens de opleiding de patiënten onder een toenemende eigen verantwoordelijkheid te behandelen, omdat men immers ieder ogenblik wordt afgewisseld.

Geheel open bleef, of de part-time opleiding een paar dagen in de week zou beslaan of bijvoorbeeld alle morgens. In het algemeen werd gedacht aan een 50% werkzaamheid bij de part-time opleidingen. Dat zou betekenen dat voor chirurgie een part-time opleidingstijd van 12 jaar nodig zou zijn!

### Algemene tendensen basisopleiding

Besproken werd vervolgens het rapport van de zogenaamde 'professoren-groep', het derde, na verslagen in 1976 en maart 1977.

In de beide voorgaande rapporten heeft men zich uitvoerig beziggehouden met de verandering in de *curricula* van de opleiding van de medische studenten tot arts. In alle landen zijn bepaalde 'neigingen' waarneembaar.

Een van de meest op de voorgrond tredende trends is het integreren van de klinische opleiding reeds bij het begin van de opleiding tot arts. Mede onder invloed van de aandrang van de studenten worden de patiënten reeds eerder in het onderwijs betrokken; een voorwaarde daarvoor is dat het onderwijs in de eerste jaren *geïntegreerd* wordt gegeven.

Men is er zich van bewust geworden dat de overgang van een pre-klinisch gedeelte met uitsluitend basiswetenschappen naar een klinisch gedeelte met bijna uitsluitend klinisch onderwijs een te grote sprong is en zoals waargenomen merkwaardigerwijze veel negatieve effecten heeft. Het is zeker niet zo dat de studenten aan het klinisch gedeelte toekomende zich als een vis in het water voelen. In vele gevallen betekent het een schok die moeilijk te overwinnen is. Bovendien is de opvatting dat bij een

vroege introductie van de patiënten de betekenis van de basisvakken voor de medische praktijkbeoefening evidenter wordt.

Dit mag dan allemaal zo zijn, toch zijn er veel grotere bezwaren dan men op het eerste ogenblik zou denken bij het begrip 'integratie'. Het betekent immers dat het onderwijs in de basisvakken geheel gereoriënteerd moet worden aan de hand van de problemen van de patiënten. Daar is het basisonderwijs in de meeste universiteiten nog niet op ingericht en de vraag is of de docenten daartoe wel bereid zijn. Het zal van de ervaringen van een experiment – zoals in Nederland de Maastrichtse opleiding – moeten afhangen of dit principe overal kan worden doorgevoerd.

Het bleek overigens dat, min of meer tot ieders verwondering, het aantal uren van klinisch onderwijs in de verschillende opleidingen weinig verschilde, althans in de overgelegde curricula.

In alle landen bleek ook belangstelling te bestaan voor het introduceren van de gammawetenschappen: de medische psychologie, maar vooral ook de sociologie en eventueel de sociale psychologie. Zij slaan bij de studenten goed aan, maar bij een beperkt aantal lesuren wordt het een moeizaam schuiven om ieder onderdeel voldoende aan zijn trekken te laten komen. De overbelasting van de lesuren was een algemene klacht!

Het grootste struikelblok bij de integratie van zowel de klinische vakken in de basiswetenschappen als de gammawetenschappen in de gehele medische opleiding, is de onderlinge verbinding tussen alle onderdelen.

In het derde rapport van de werkgroep universiteitsprofessoren werd vooral aandacht besteed aan de *relatie tussen studenten, universiteiten en overheid*. De grootste prioriteit kreeg het universele probleem van de wanverhouding tussen aantallen studenten enerzijds en docenten en patiëntenaantallen anderzijds. De werkgroep meende dat ieder land zo spoedig mogelijk een zorgvuldige en gedetailleerde studie moet maken van zijn toekomstige behoefte aan artsen. Men zou dan op basis van deze gegevens het aantal medische studenten kunnen vaststellen dat ieder jaar tot de medische studie moet worden toegelaten.

Men heeft in de jaren '30 en de jaren '50 gemeend dat respectievelijk de invasie van de biochemie en de invasie van de biofysica een gevaar zouden kunnen inhouden voor de klinische geneeskunde. De ervaring heeft geleerd, dat deze ontwikkeling slechts stimulerend heeft gewerkt. Anders is het echter met een nieuwe taakverdeling wanneer de gammawetenschappen een belangrijk gedeelte van wat tot dusverre geneeskundige zorg heette overnemen. In ieder geval is het binnen de negen landen van betekenis of alle landen gezamenlijk een numerus clausus invoeren dan wel of

dit slechts in enkele landen gebeurt. In dat geval zou men immers een 'distsorsie' kunnen krijgen doordat in een enkel land – zeg bijvoorbeeld Italië – een overvloed aan artsen wordt geproduceerd, die hun weg moeten zoeken naar landen waar nu juist door een numerus clausus het artsenbestand wordt gereduceerd.

De 'professoren-groep' stelt vast, dat een te groot aantal medische studenten in de eerste plaats het gevaar meebrengt van werkloosheid na afloop van de studie. Dit is zeker geen fantasie, de voortekenen dienen zich reeds aan, vooral in Italië dreigt een zeer ernstige werkloosheid. Bovendien worden – Italië heeft daar reeds ervaring mee – de 'opleidingskanalen' verstopt: de relatie van het aantal studenten tot het aantal patiënten wordt zo dat van klinisch onderwijs praktisch geen sprake meer is, terwijl ook het aantal docenten met het aantal studenten geen gelijke tred kan houden. Daarmee wordt de opleiding van evident mindere kwaliteit. Tenslotte: wanneer een te groot aantal studenten wordt opgeleid en deze een weg zoeken naar de andere landen, dan betekent dit dat de opleidingskosten door het moederland worden gedragen maar dat het moederland daarvan geen profijt heeft. De geneeskunde kent als fundamentele peilers de kennis ('knowledge'), die kan worden vergaard door boekenstudie, door colleges, door mondeling meegedeelde ervaring en door verwerking van eigen ervaringen. Daarnaast, vooral in de bloedige vakken, is wat de Amerikanen noemen een 'psycho-motoric skill' nodig, maar het is voorshands niet te zien op welke wijze men deze aanleg kan testen. Is iemand die een goede radio knutselaar is daarmee een goed chirurg? Moet men in voorafgaande cursussen bijvoorbeeld op anatomische laboratoria blijk geven van een goede handvaardigheid in eenvoudige chirurgische handgrepen? Het allermoeilijkste is echter het testen van de attitude, een essentieel onderdeel van het medisch beroep dat in vergaande mate te maken heeft met de satisfactie van de patiënten bij en na de behandeling. Attitude kan door voorbeeld worden ervaren, maar of ze werkelijk geleerd kan worden is de grote vraag; het is misschien veel meer een kwestie van aanleg. Enkele landen trachten een *screening* op te bouwen. In Engeland bestaat die uit: in de eerste plaats een verslag van de middelbare school dat verder gaat dan alleen de cijfers en dat op een enquêteformulier kan worden ingevuld; voorts een enquêteformulier, door de kandidaat-student in te vullen; daarnaast wordt een vrij intensief gesprek gevoerd. Vooralsnog ontbreken duidelijke gegevens over de betekenis van een dergelijk onderzoek. Deze kunnen slechts verkregen worden aan het eind van de studie en misschien pas daarna in een feed-back op grond van in de praktijkbeoefening gebleken waardering van de arts in kwestie.



Ook in Denemarken wordt voor de opleiding tot specialist (dus *niet* tot arts) een screening, overeenkomstig die in Engeland, sinds enkele jaren toegepast. De afgevaardigde uit Denemarken heeft in de werkcommissie Opleiding Specialisten meegedeeld dat er nog geen duidelijk inzicht is in de betekenis van deze screening.

Terwijl de werkgroep universiteitsprofessoren aanvankelijk meende dat alle aandacht gegeven moet worden aan de methodiek van de screening, is men zo gealarmeerd geraakt door het grote aantal studenten in verschillende landen dat men meent dat een nauwkeurige studie van de statistische gegevens over het aantal studenten, in relatie tot het aantal docenten en het aantal patiënten, in de verschillende landen vooraf moet gaan.

### Klinische opleiding artsen

Destijds is tot deze oprichting van een werkgroep Klinische Opleiding van Artsen besloten, omdat men meende dat er een urgente problematiek bestond vanwege het ernstige tekort aan klinische scholing tijdens de medische opleiding. Geruchten daaromtrent kwamen vooral uit Italië, maar ook de meeste landen meenden dat in de moderne opleiding teveel theorie wordt verwerkt en dat het directe contact met de patiënt te weinig wordt bevorderd. De werkgroep heeft getracht de *medische basisopleiding* te omschrijven: de medische basisopleiding wordt door deze groep gezien als het totaal van theoretisch en klinisch onderwijs dat zal leiden tot de kennis die eigen moet zijn aan alle artsen, ongeacht hun toekomstige professionele oriëntatie. Merkw aardigerwijze is deze werkgroep ook min of meer doodgelopen op de abundante aantallen studenten die uit verschillende landen worden gemeld; niet alleen dat het aantal studenten toeneemt, maar ook zijn er in verschillende landen maatregelen in studie of reeds effectief die het uitoefenen van de vrije geneeskunde op verschillende wijzen maar vaak in ernstige mate, beperken.

De werkgroep achtte het daarom noodzakelijk te komen tot een vaststelling van de gewenste relatie tussen het aantal toegelaten studenten aan de ene kant en het aantal docenten en patiënten aan de andere kant.

Ook deze werkgroep wijst erop dat door de snelle toename van de medische kennis de neiging bestaat de curricula vol te proppen met cursorisch-theoretisch onderwijs, waardoor het programma totaal wordt overladen en het evenwicht tussen noodzakelijke basiskennis en klinische ervaring wordt verstoord. Het is duidelijk dat in feite al deze chaotische toestanden te maken hebben met een voldoende inzicht in de onderwijsdoelstellingen en de daarvoor benodigde kennis en ervaring.

Ook deze groep spreekt uit, dat een confrontatie tussen studenten en patiënten zo vroeg mogelijk moet plaatsvinden. Hierboven heb ik er reeds op gewezen dat een dergelijke wens grote organisatorische problemen meebrengt. De werkgroep is wel zo verstandig om te stellen dat wanneer men aan een toenemende vraag aan klinische opleiding wil voldoen er zoveel mogelijk geaffilieerde ziekenhuizen in het onderwijs moeten worden betrokken. (In het Centraal College is ook herhaaldelijk de vraag naar voren gekomen of kleinere typen van ziekenhuizen moeten worden ingeschakeld, niet alleen in verband met het aantal beschikbare plaatsen maar ook in verband met het anders gearde karakter van de praktijkbeoefening in de kleinere ziekenhuizen.)

De werkgroep heeft onderkend dat de structuurveranderingen in de gezondheidszorg onvermijdelijk ook hun invloed krijgen op de organisatie van het medisch curriculum. Wanneer er in een bepaalde regio een drastische beperking van het aantal bedden plaatsvindt, met daaraan verbonden een reductie van het aantal specialisten, dan is het duidelijk dat dit onvermijdelijk zijn invloed moet uitoefenen op de mogelijkheid tot de medische opleiding. Anderzijds mag men niet zover gaan dat men – en ook dit heeft de werkgroep terecht vastgesteld – de medische basisopleiding geheel relateert aan de eisen van de gezondheidszorg. Er is tenslotte nog altijd een niet onbelangrijke categorie van medische studenten die de geneeskunde tevens als een wetenschap wensen te zien en ook voor hun verdere carrière daartoe wensen te worden opgeleid. Wanneer men door een te grote kniebuiging voor de eisen van de gezondheidszorg het wetenschappelijk karakter van de medische opleiding laat verschromelen, dan ziet het er voor de toekomst van de medische wetenschap en daarmee het op moderne leest geschoeide verzorging van de patiënten niet gunstig uit.

Ook deze groep bepleit een groter aandeel van de sociale en gedragswetenschappen in het medisch onderwijs.

Uiteraard stelt men vast dat een feed-back vanuit de praktijk en de kritische beoordeling van onderwijsprogramma's door de studenten van belang kunnen zijn voor een regelmatige herziening van het curriculum. De werkgroep spreekt uit dat er mogelijkheden moeten worden gevonden om docenten die voor het onderwijs zijn aangesteld maar wier prestaties, hetzij inhoudelijk, hetzij in vormgeving, te gering zijn te vervangen. Men pleit er in deze groep voor om het onderwijs potentieel dat aanwezig is bij de niet aan de universiteit verbonden specialisten en praktici in de algemene praktijk te mobiliseren. (In Nederland

gebeurt dit via de affiliatie en ook via de toewijzing van aanstaande huisartsen voor het verplichte klinische nascholingsjaar).

De werkgroep stelt vast dat uit een rondvraag blijkt dat de relatie student tot medische staf een gemiddelde heeft van 6:1. Men meent dat een dergelijke ratio moet worden bevorderd.

Dieper insnijdend is de vaststelling dat het onderwijs aan de medische studenten aan de meeste universiteiten in de negen landen van de EEG hoofdzakelijk verloopt via hoog gespecialiseerde afdelingen, waarbij het aantal bijzondere, eventueel zeldzame, klinische gevallen vaak overweegt. Het klinisch onderwijs zou naar de mening van de werkgroep veel meer op één lijn moeten staan met het geneeskundig niveau van de regionale ziekenhuizen, waarvan de klinische problematiek meer overeenkomt met datgene waarmee de arts in zijn dagelijkse beroepsuitoefening wordt geconfronteerd. Zij meent daarom dat het nuttig is dat de student tijdens zijn studie reeds kennis kan nemen van andere gezondheidszorginstellingen buiten het academische ziekenhuis; men denkt daarbij aan de algemene praktijk, de verpleeghuizen en merkw aardigerwijze de verzekeringsgeneeskunde (dit laatste komt uit Italië, waar men aan de verzekeringsgeneeskunde opvallend veel aandacht besteedt). De werkgroep ziet geen kans en heeft er ook geen behoefte aan om variaties binnen de curricula in de verschillende landen of het opzetten van experimenten af te raden, integendeel. Men hoopt echter dat men dan van elkaars ervaring zal kunnen leren via een behoorlijke berichtgeving – een van de methodieken van het raadgevend Comité.

### Aanvullende opleiding huisartsen

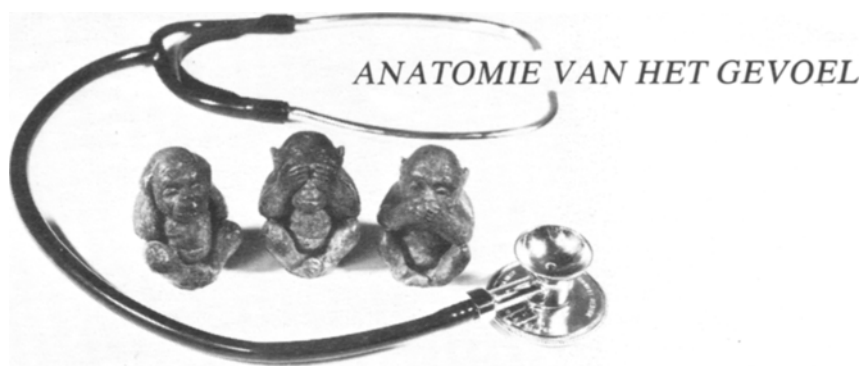
Voorals gsteund door veel en opvallend goed materiaal van de UEMO heeft de werkgroep voor de Aanvullende Opleiding van de Huisartsen een interimrapport uitgebracht, dat door een samenloop van omstandigheden niet uitvoerig kon worden besproken. De vergadering had veel tijd moeten geven aan de voorafgaande onderwerpen en dit punt stond als laatste op de agenda. Besloten is nu, dit rapport als eerste op de agenda van de volgende plenaire zitting in juni in discussie te brengen.

Uit een inleidende bespreking is reeds gebleken dat er een uitermate grote belangstelling bestaat voor dit vraagstuk. De algemene opinie is dat zeker na de opleiding tot basisarts enige tijd gegeven moet worden aan een specifieke opleiding tot huisarts. Dit hangt samen met de opvatting dat de basisopleiding voor alle drie variëteiten van medische praktijkbeoefening hetzelfde moet zijn: voor de huisartsen, de specialisten en voor wat Nederland betreft ook de sociaal-geneeskundigen (het is merwaardig

dat die in de discussies van de andere landen nooit een plaats krijgen toegewezen). Dat betekent dus dat specifieke problemen voor de huisarts in een naopleiding moeten worden onderwezen, zoals dat ook voor specialisten en sociaal-geneeskundigen geschiedt.

Verschil van mening bestaat er over wanneer deze vorming moet plaatsvinden. Juist bijvoorbeeld de 'medical audit' kan vaststellen in hoeverre de opleiding tekort schiet en dus een feed-back kan geven voor een beter curriculum, maar kan ook anderzijds de nascholing op essentiële punten richten. De vraag of deze specifieke nascholing nog tijdens de basisopleiding moet worden geïncorporeerd, zoals onder meer is besproken in de commissie-Fougère in Frankrijk.

De werkgroep gaat er van uit dat tijdens de algemene opleiding tot arts toch ook aandacht wordt geschonken aan de specifieke eigenschappen die de huisarts moet bezitten en de kennis waarover hij moet kunnen beschikken. Zij meent echter dat een specifieke opleiding tot huisarts na de basisopleiding een absolute noodzaak is. De groep stelt voor de huisartsgeneeskunde indien deze eenmaal tot ontwikkeling is gekomen te erkennen als een specialistische discipline in de zin van de Richtlijnen voor het vrije verkeer van artsen analoog aan de erkende specialistische onderdelen van de geneeskunde. Dat betekent dat artikel 8 van de Richtlijnen 75/362 van toepassing zou kunnen worden gebracht, namelijk dat de huisartsen uitwisselbaar zijn binnen de landen waar een specifieke opleiding tot huisarts bestaat. De moeilijkheid is hier dat de nascholing uitermate verschillend van duur en inhoud is en dat toch eerst, althans ten aanzien van de opleidingsduur, een compromis moet worden gevonden. De vraag of de opleiding tot huisarts vrijwillig of verplicht moet zijn, is voor de wezenlijke problematiek niet essentieel. Wel meent de werkgroep dat, gezien de geschetste problemen, een verdere studie noodzakelijk is alvorens een gemeenschappelijke visie kan worden ontwikkeld over de inhoud en de duur van de beroepsopleiding, welke zou kunnen dienen als grondslag voor het vaststellen van minimumcriteria.



## Tussen kankeraars en kankerpatiënten

*Vandaag begint mijn vijfde week. Een andere co-assistent, die er al langer zit, vertelde mij dat ik mij al aardig begon neer te leggen bij de situatie in het ziekenhuis. Er is dus sprake van een zekere berusting. En daar heb ik nu al die tijd voor zitten oppassen! Maar die co heeft waarschijnlijk wel gelijk. Ik word bij tijd en wijle bot. Ik kraam dingen uit, die ik anders nooit over mijn lippen zou krijgen. De creativiteit en interesse in andere dingen gaan helemaal verloren. Op de romans die ik van thuis had meegenomen ligt een dikke laag stof. Iedere ochtend ben ik van plan die avond iets anders te gaan doen, maar wanneer ik Frank en Noud achter hun medische bijbels zie blokken krijg ik wroeging wanneer ik bedenk dat ik – als minst wetende van deze collegae (!) – weer iets anders aan het doen ben. Zelfs op dit moment, nu ik dit dagboek schrijf, neig ik ertoe om kippevel van spijt te krijgen omdat ik mijn tijd niet beter besteed.*

*Wanneer je heel goed oplet, merk je dat je op de een of andere wijze iets tracht te compenseren. Om bij bovenstaande collegae te blijven: niet zolang geleden hebben wij 's avonds stad en land afgelopen om wat snoepgoed te kopen. In de banketbakkerij kozen wij uit het assortiment rolletjes Rang, drop, pepermunt, Stophoest en Fruittella met zo'n grote precisie dat rolletje uit dat wij wensten te kopen, alsof het om de keuze van een antibioticum ging bij een patiënt met piekende koorts. Terend op zijn jarenlange ervaring – hoewel hij er voor geen cent dikker op is geworden – viste Frank uit het geheel nog een dubbeldik 'tablet' witte Côtes d'Or voor zijn moeder uit. 'Aha', dacht ik, 'dat is dus zijn universele breedspectrum-antibioticum'. 'Kijk, dat is één van die 'compensatiegedragingen'. De hele dag loop je tussen kankeraars en kankerpatiënten; 's avonds moet je jezelf dan de tijd gunnen om je over iets heel onbenulligs druk te maken.*

*En die vervreemding gaat maar door. Mijn voornaam ken ik haast niet meer terug. Het is altijd: 'Ja dokter, nee dokter, goedemor-*

*gen dokter, oh dokter, wilt u even kijken? . . . 'Begrijp je?*

*Termen als 'begeleiden', 'medelijden', 'meelijden', 'wegleiden' en 'opleiden' hadden juist in deze tijd een diepere betekenis moeten krijgen. Maar dat is niet gebeurd. Ja, ik heb medelijden met die pater, die iedere avond in sneltreinvaart alle patiënten van hosties voorziet, maar daar houdt het medelijden dan ook mee op.*

*De patiënten zijn interessant, minder interessant of niet interessant – met name de psychisch gekleurde klachten – en aan de interessante patiënten besteed je bijna vanzelfsprekend de meeste moeite. Je trekt uit hen als het ware alle gegevens die relevant zijn voor jouw diagnose of die jouw diagnose sluitend kunnen maken. Wanneer je vier weken lang een patiënt hebt onderzocht en hem aan het hele arsenaal van diagnostische hulpmiddelen hebt blootgesteld zonder*

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(27)

*dat je iets hebt gevonden, dan neig je ertoe om de patiënt naar de psychiater te sturen. Ik geloof, dat in een ziekenhuis een verbod op medelijden bestaat.*

*De sfeer is soms om van te kotsen, maar aan de andere kant kan ik mij hier wel nuttig maken, al is het alleen maar door het opsnorren van statussen in het archief. Je moet maar niet teveel aan andere dingen denken.*

*Op de studentenflat waar ik woon zitten ze ook niet op mij te wachten. Terwijl ik dit zo schrijf, luister ik half-geamuseerd mee naar een ruzie, die in de recreatiezaal wordt gemaakt. Je bent er de laatste tijd wel iets rustiger op geworden.*

Alexander van Es

---

# De rol van het academisch ziekenhuis in de ontwikkeling van de relatie tussen gezondheidszorg en medische opleidingen

Every goal a man reaches provides a new starting point and the sum of man's days is just a beginning

Lewis Mumfort

De laatste jaren bestaat er in toenemende mate belangstelling voor de integratie van de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de medische opleidingen. Met nadruk wordt daarbij gesproken van opleidingen en niet van opleiding, omdat steeds meer de gedachte veldt dat de medische opleiding moet worden gezien als een continuüm van de basisopleiding tot arts, de specifieke beroepsopleiding en de permanente nascholing. Deze hebben ieder voor zich een eigen plaats en identiteit, maar kunnen niet los van elkaar beschouwd worden. Als zodanig moet het als zinvol worden gezien dat op initiatief van de beide betrokken staatssecretarissen, genomen in 1975, uiteindelijk in 1977 de *Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen* van start gegaan is die mede als opdracht heeft de afstemming van de verschillende onderdelen van het genoemde onderwijscontinuüm op elkaar, nader gestalte te geven.

De belangstelling voor de integratie van gezondheidszorg en medische opleiding komt tot uiting in diverse rapporten en studieconferenties op nationaal en internationaal niveau<sup>1,2,3,4,5</sup>. Het is verheugend dat deze belangstelling zich tot op heden blijft voortzetten<sup>6</sup> en dat overheid, universiteiten en medische beroepsorganisaties zich bereid tonen tijd, geld en mankracht te leveren voor de uitwerking en oplossing van dit vraagstuk, dat van essentieel belang geacht moet worden voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de daaraan zo noodzakelijk en

---

door Dr. H. Roelink



De heer Roelink, secretaris-arts van de KNMG, is een der beide voorzitters van het Overlegorgaan Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde en lid van de Advies-commissie Opleidingen Geneeskundigen.

Bijgaand artikel is een bewerking van een inleiding die hij hield voor de Provinciale Interstafrad Groningen.

---

nauw daarmee verbonden medische opleiding.

## Ontwikkeling laatste decennia

Op de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de medische opleiding heeft de laatste decennia een aantal algemeen maatschappelijke ontwikkelingen in sterke mate een stempel gedrukt.

Daar is allereerst de enorme *technische ontwikkeling*. Eerst werd deze alleen met gejuich begroet, totdat in de zestiger jaren de bezinning kwam. Wat doen we eigenlijk met deze medische markt? In hoeverre maakt zij ons onmachtig?<sup>7</sup> Dit probleem resulteerde in een stroom van medisch-ethische discussies en publikaties, met name ten aanzien van problemen van leven, dood en de zin daarvan, problemen die ons allen

bekend maar veelal nog niet geheel vertrouwd zijn. Wel komt uit deze discussies en publikaties naar voren dat de humane aspecten van de gezondheidszorg meer aandacht vragen en dat de gezondheidszorg voor de toekomst bij uitstek een werkplaats voor de algemene ethiek zal zijn.

Gelijktijdig met de technische ontwikkeling heeft zich een *financieel-economische tendens* in dezelfde geest ontwikkeld. In de loop van de vijftiger en in het begin van de zestiger jaren waren voor de toenmalige mogelijkheden praktisch onbegrensde middelen ter beschikking. Dit had tot gevolg dat de slogan 'bigger is better' opgeld deed, totdat aan het eind van de zestiger jaren de eerste verschijnselen van de beperking in de groei zich ook in onderwijs en gezondheidszorg aankondigden. Zij kwamen in botsing met de bestaande en een in vele opzichten begrijpelijke uitbreidingsbehoefte.

In het kader van de noodzakelijke bezuiniging kwam echter ook de vraag ter discussie of maximalisering wel steeds parallel gaat met optimalisering. Terecht wees Heertje<sup>8</sup> erop dat vooral voor de sector gezondheidszorg – en naar mijn mening in zekere mate ook voor het onderwijs – geldt dat we een subjectieve behoeftebevrediging nastreven, waarbij wij voor het omgaan met schaarse middelen niet altijd meer de uitkomsten van markt- en prijsmechanismen als richtsnoer aanvaarden. De kosten-baten analyse laat zich daarbij niet altijd in geld uitdrukken, gezien de humane waarden die hierbij een rol spelen. In de gezondheidszorg gaat het, bij ziekte en dood, om een bijna absolute

behoefte om daar zoveel mogelijk tegen te doen en dat wijkt dan ook af van de situatie met betrekking tot andere goederen en andere economische behoeften, die altijd concurreren met andere zaken. Zeker bij gebrek aan voldoende andere maatschappelijke steunpunten voor menselijk leed en mede op basis van de oorspronkelijke, en thans oneigenlijke, criteria van onze sociale wetgeving is de gezondheidszorg geworden tot een trechter met een vrijwel oneindige ingangsdiameter waar op eigenlijke en oneigenlijke<sup>9</sup> wijze door onze samenleving haar ellende en onvrede in wordt gestort.

Een derde ontwikkeling die in de achterliggende decennia valt te signaleren hangt nauw samen met de beide eerste. Het gaat om de *accentverlegging* in de zorg en in het medisch onderwijs van het technische naar het relationele aspect. De indicaties voor deze accentverlegging kwamen primair uit het veld van de zorg. Met name van huisartsenzijde werd, onder meer resulterend in de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1956, de nadruk gelegd op het integrale aspect van de zorg, het behandelen van de totale mens inplaats van de ziekte.

Binnen de universiteiten zelf ontstond de onrust in 1968. Voor de medische opleiding had dit tot gevolg een drang tot verschuiving van curatief naar preventief, van ziekenhuis naar wat zich ontwikkelde als 'eerstelijns zorg', een drang die deels werd gerealiseerd.

Bovengenoemde trendmatige ontwikkelingen werden mede gevoerd door de verandering in het morbiditeitspatroon met name onder invloed van overwonnen infectieziekten, opkomende welvaartsziekten, demografische veranderingen, verandering van de bevolkingsopbouw, verandering van het begrip ziekte, e.d. Deze factoren zullen onvermijdelijk hun invloed moeten hebben bij de onderwijsplanning zowel naar aard, lokatie, tijd als financiering. Daarbij komen problemen naar voren van herinterpretatie van het begrip 'optimale zorg' waarbij begrippen als 'schaalverkleining', 'interdisciplinaire samenwerking', 'zelfzorg', 'mantelzorg' en 'externe zorg' een rol spelen<sup>10</sup>.

## Consequenties voor het onderwijs

Wat betekent dit nu voor het medisch onderwijs? Geconstateerd kan worden dat in bepaalde opzichten aansluiting wordt gezocht bij genoemde ontwikkelingen in de vorm van geïntegreerd en meer probleem-georiënteerd onderwijs dat aansluit bij de reële situatie zoals die zich in de praktijk voordoet of ontwikkelt. Deze aansluiting vraagt om rekening te houden met:

- een verhoogde behoefte aan poliklinische hulp;
- de prioriteit die het maatschappelijk aspect vraagt;
- de prioriteit die het kostenaspect heeft;
- een accentverlegging naar de eerstelijns zorg;
- de neiging tot verkorting van de ziekenhuisopnemingsduur;
- de ontwikkeling van de 'long-term care' buiten de ziekenhuizen;
- de ontwikkeling van evaluatie van de zorg in het kader van intercollegiale toetsing;
- meer betrokkenheid van de student bij de opleiding;
- meer betrokkenheid van de patiënt bij de zorg;
- interdisciplinaire samenwerkingsontwikkeling, zowel kleinschalig als op hoger niveau, met name in de regio.

Internationaal overleg zoals genoemd in de inleiding kan hierbij van groot belang zijn. Voorkomen moet daarbij worden positief lijkende aspecten of begrippen uit andere landen als zinvol voor de Nederlandse situatie te beschouwen, iets waartoe men al te gauw geneigd is. Wel moet getracht worden van andere ontwikkelingen te leren. Zo heeft met name de ontwikkeling in Zweden ons geleerd dat men daar *met* planning evenals bij ons *zonder* planning te veel ziekenhuisbedden heeft gebouwd. Maar wel hadden beide landen de slogan 'bigger is better' gemeen en beschikten beide in de zestiger jaren over ruime financieringsmiddelen.

## Toekomst academisch ziekenhuis

Stelde nog in 1974 de toenmalige staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen dat de functie van de academische ziekenhuizen als een onnipotentiële was, in hun in 1976

verschenen intentieverklaring<sup>11</sup> constateren beide betrokken staatssecretarissen dat met de inschakeling van het academisch ziekenhuis als ziekenhuisvoorziening bij facultair onderwijs en onderzoek zowel uit kwantitatief als uit kwalitatief oogpunt niet kan worden volstaan – een mening die door mij in 1974 reeds naar voren was gebracht<sup>12</sup>. Zij sluit aan bij de internationale discussie die tendeeft naar regionalisatie van het medisch onderwijs geïntegreerd met de regionale gezondheidszorg, zoals die in Nederland met name door de werkgroep planning medisch wetenschappelijk onderwijs naar voren is gebracht. Deze werkgroep heeft aangegeven<sup>13</sup> dat bestuurlijke kaders noodzakelijk zijn, waarbij eraan gedacht kan worden dat de planning van de gezondheidszorgfuncties der academische ziekenhuizen gaat plaatsvinden in het kader van de algemene volksgezondheidsplanning, met zekerstelling van die taken en functies van de academische ziekenhuizen die noodzakelijk zijn voor verantwoord onderwijs en onderzoek.

Dit betekent geen beknotting van de taak der academische ziekenhuizen. Wel betekent het een nieuwe, meer omvattende taak in de regio waarbij de faculteit c.q. universiteit buiten haar muren zal moeten treden in goed samenspel met de samenleving. Naast de te behalen winst betekent dit wellicht partieel verlies van autonomie van enerzijds universiteit c.q. faculteit én maatschappelijke instanties anderzijds, als zijnde een inclusief gevolg van elke maatschappelijke samenwerking.

Welke zaken dienen nu in dit kader tot ontwikkeling te worden gebracht?

1. Geinstitutionaliseerd overleg. Een aanzet daartoe wordt thans ondermeer gegeven in de in de inleiding gememoreerde Adviescommissie Opleidingen Geneeskunde (AOG) waarin de overheid de universiteiten en de KNMG in paritair verband de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van de relaties tussen onderdelen van het onderwijscontinuüm van de medische opleidingen-bezien tegen de achtergrond van de situatie in de samenleving. Naar mijn gevoelen moet het daarheen geleid worden dat het op basis van de adviezen van de

AOG komt tot de opzet voor een nationaal overleg en beleid op basis van integratie van de subsystemen medische opleidingen en gezondheidszorg.

2. Uitbouw naar en inbreng van de extramurale gezondheidszorg in het curriculum van de basisopleiding tot arts. Dit vraagt om afstemming op regionaal niveau tussen de medische onderwijsorganisatie en het gezondheidszorgsysteem. Daarvoor is nodig dat in een vroeg stadium een begin wordt gemaakt met de regionale inventarisatie van mogelijkheden tot geïntegreerde samenwerking. Dit vraagt om een analyse naar de mogelijkheden van nieuwe relaties tussen intra- en extramurale zorg. Voorts zal er een analyse moeten worden gemaakt van de mogelijkheden welke aan onderwijs en research kunnen worden geboden om het daar te geven respectievelijk te doen geven waar het probleem van de patiënt ligt of in het kader van de preventie kan gaan liggen. Daarbij gaat het niet om het traditionele verticale onderwijssysteem maar om longitudinale vormen waarbij de biografie van de patiënt voor en na zijn ziek zijn actief in het onderwijs en de zorg betrokken wordt. Hier ligt een belangrijke taak voor de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde in het kader van de basisopleiding. Het gezicht van de sociale geneeskunde zal daarbij veel meer dan thans epidemiologisch en ecologisch gekleurd moeten worden.

3. Continu zal informatie moeten worden verschaft over de behoefte aan en de daarvan onderscheiden vragen om gezondheidszorg. Deze informatie zal moeten worden gerelateerd aan de ontwikkeling van het geïntegreerde onderwijs-zorgsysteem. Daarvoor is een goed ontwikkeld informatiesysteem nodig waarbij terdege rekening moet worden gehouden met de privacy-gevoeligheid van medische gegevens, zelfs van de zogenaamde anonieme gegevens, die immers soms toch nog herleidbaar zijn. In dit verband geeft het te denken dat krachtens het ontwerp van Wet voorzieningen gezondheidszorg<sup>14</sup> artikel 56 van elke burger alle inlichtingen kunnen worden verlangd welke van belang zijn voor een goede uitvoering van de wet; dit moet worden gezien als een ongenueanceerde ontoelaatbare inbreuk op de privacy van de cliënt

c.q. patiënt en als een illusoir maken van het beroepsgeheim.

4. De sub 2 en 3 genoemde analyse en inventarisatie zullen niet alleen bouwstenen moeten aandragen voor de medische opleiding maar ook voor interdisciplinaire opleidingsprogramma's. Hoezeer samenwerking in de eerstelijns zorg ook is toe te juichen, wanneer de intramurale zorg geen betere transmurale dimensie krijgt blijft het gevaar van ziekte- en orgaan- in plaats van persoon-gerichte medische zorg, onderwijs en research bestaan.

5. Longitudinale, transmurale opleidingsprogramma's versterken de motivatie van de student voor zijn beroep en zijn belangstelling voor de gezondheidszorg als subsysteem van welzijnszorg. Een en ander vraagt meer dan thans het geval is om een evenwichtige verdeling van de inbreng in het onderwijs van typisch medische, natuurwetenschappelijk, sociale, economische en organisatorische deskundigheid ten einde de wisselwerking tussen de mens en gezondheid en ziekte duidelijk te maken.

6. 'Advanced medical care and research' moet worden gezien als een mogelijkheid niet alleen van de kliniek maar als een mogelijkheid die op alle facetten van het gezondheidszorgsysteem moet kunnen worden toegepast. Met name kan daarbij worden gedacht aan nader onderzoek naar de invloed die de wijze van financieren op het gebruik van het gezondheidszorgsysteem heeft. Hier liggen mogelijkheden op functioneel, organisatorisch en economisch terrein.

7. Op basis van de voorafgaande punten lijkt het vrijwel overbodig te stellen dat in het kader van de geschetste noodzakelijke ontwikkeling de permanente nascholing een *conditio sine qua non* is. Hier ligt een belangrijke taak voor de basisopleiding tot arts. Dáár zal de attitude nodig voor het aankweken van 'nascholingsbereidheid' moeten worden ontwikkeld door aan te geven dat het zich eigen maken van nieuwe opvattingen op alle gebieden van de gezondheidszorg een noodzakelijke voorwaarde is voor 'bijblijven', met name ook voor de te verwachten noodzakelijke grotere mobiliteitsmogelijkheden in de gezondheidszorg.

Internationaal groeit het besef dat de

medische opleidingen zich in de laatste decennia te autonoom ontwikkeld hebben onder onvoldoende inachtneming van de wezenlijke relatie tussen geneeskunde en geneeskunst enerzijds en het systeem en de organisatie van de gezondheidszorg anderzijds. Het academisch ziekenhuis zal een centrale plaats blijven innemen in onderwijs en gezondheidszorg. Voor een goede medische opleiding kan het echter niet voldoen aan confrontatie met bepaalde voor het onderwijs noodzakelijke aspecten van de eerstelijns zorg, verpleeghuiszorg, zorgaspecten van de sociale geneeskunde e.d. Ook de algemene ziekenhuizen kunnen daarbij een rol spelen, maar moeten dan ook willen. Zij bieden veelal een breder spectrum van situaties en mogelijkheden en onmogelijkheden van datgene waarmee vele artsen later de facto in hun werk worden geconfronteerd. Dit laatste is vaak van belang voor de nascholing, die immers veelal niet zozeer gericht is op het verwerven van nieuwe kennis als wel op het doelmatiger toepassen van reeds vergaarde kennis in de eigen werkomgeving.

Voor de ontwikkeling van een dergelijk geïntegreerd onderwijs- en zorgsysteem is regionalisatie die met deze integratie rekening houdt eveneens een voorwaarde. De taken van universiteit en medische faculteiten zullen daarbij in omvang en zwaarte toenemen. De financiële consequenties daarvan zullen mede voor rekening van de gezondheidszorg moeten komen.

Wij dienen ervan uit te gaan dat de ingeschakelde extra-universitaire gezondheidszorginstellingen hun opleidingstaak slechts kunnen vervullen in goede relatie met de universiteit c.q. faculteit wanneer zij elkaar wederzijds aanvullen. In de opleiding speelt de praktijk een belangrijke rol maar onderwijs geven is een vak op zichzelf, iets wat zelfs aan de universiteiten niet altijd duidelijk is: de term 'teaching the teachers' is niet voor niets een uitdrukking die internationaal opgeld doet. Theorie en praktijk kunnen ook hier via goede integratie worden tot meer dan de som der delen.

Op grond van de verantwoordelijkheid die de faculteit en het academisch ziekenhuis voor de regio op zich dienen te nemen lijkt een

*primus inter pares*-rol<sup>12</sup> de meest aangewezen. Van deze rol moet een uitstralend effect naar de regio uitgaan. Dat kan, mits het academisch ziekenhuis zich consultatief in en delegerend naar de regio op wil stellen. Dat houdt in dat de niet typisch universitaire regionale gezondheidszorginstellingen in hun stafbezetting in overleg met de medische faculteit naast de normale praktiserende stafleden ook de beschikking krijgen over klinische docenten in volledige dagtaakvervulling; deze docenten betrekken waar nodig en mogelijk de rest van de staf bij het onderwijs en bereiden dat deel van de staf op die taak voor.

Voor een efficiënt werkend continuüm van medische opleidingen is een functionele verdeling tussen de werkzaamheden van het academisch ziekenhuis en de zorgvoorzieningen in de regio nodig op basis van de voor deze opleiding noodzakelijke zorgvormen. Op dit moment variëren die van solohuisartspraktijken, consultatiebureaus, openbare gezondheidsdiensten e.d. via kleinere en grotere ziekenhuizen tot het academisch ziekenhuis. Voor het goed

functioneren van deze scala van zorgvormen zal de gemeenschap haar middelen en mogelijkheden voor de medische opleiding mede ter beschikking van de universiteit c.q. medische faculteit moeten stellen. Deze laatste zullen zich op hun beurt vanuit de ware universiteitsgedachte dienstbaar moeten willen maken aan de gemeenschap. Wil integratie van medisch onderwijs een gezondheidszorg op regionaal niveau gestalte krijgen dan zal de overheid bij zijn legislatieve arbeid daarmee rekening moeten houden. Historisch gegroeide situaties zullen daarbij wellicht ter discussie moeten worden gesteld. Maar het gaat om de toekomst van medisch onderwijs en gezondheidszorg, niet om haar verleden!

#### Literatuur

1. New directions in education for changing health care systems. OECD-rapport, Parijs 1975.
2. Health, higher education and the community; towards a regional health university. OECD-rapport, Parijs 1977.

3. New directions for changing health care systems. OECD-rapport, Parijs 1975.
4. Patterns of health care and education in Sweden. OECD-rapport, Parijs 1975.
5. Regionalization of health services and the role of medical education. Boerhaave-cursus, Leiden 1976.
6. Cooperation of health care and education at regional level, problems responsibilities and cost allocation. Congres Noordwijkerhout, april 1978.
7. Medische macht en medische ethiek. Prof. Dr. J. H. v.d. Berg, Leiden.
8. Prof. Dr. A. Heertje. LSV-symposium. Medische specialisten en kostenbeheersing, 1975.
9. Laat de Maatschappij zich door de maatschappij misbruiken? Dr. H. Roelink, Medisch Contact 1974, 729.
10. Alleen samen. Discussienota Nationaal Centrum voor Kruiswerk, 1977.
11. Basisfilosofie academische ziekenhuizen en intentieverklaring. Medisch Contact 1976, 1390.
12. Discussienota over de toekomstige taak en functie van de academische ziekenhuizen. Dr. H. Roelink, 1974.
13. Algemene aspecten van de Planning van het medisch wetenschappelijk onderwijs. Werkgroep Planning Medisch Wetenschappelijk Onderwijs, Medisch Contact 1975, 47.
14. Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg. Staatsdrukkerij, Den Haag 1977.

## Foto-expositie gewijd aan 'De adolescent'

### KNMG-Ledencongres te Arnhem met fotowedstrijd

Zoals u natuurlijk al weet, wordt op 5 en 6 oktober aanstaande in Arnhem het jaarlijkse Ledencongres van de KNMG gehouden (en als u dat nog niet heeft gedaan, reserveert dan alvast deze dagen in uw agenda – een in Mooi-Arnhem met de mogelijkheid daar een feestelijk weekeinde aan vast te knopen wil natuurlijk niemand missen). Als één van de bijzonderheden zal tijdens dat congres met steun van Agfa/Gevaert een foto-expositie worden gehouden over het thema 'De adolescent'.

Helemaal willekeurig is dat onderwerp natuurlijk niet gekozen want het congres zelf is gewijd aan 'De adolescent in de geneeskunde'. Van wie de foto's zijn, die daar worden opgehangen? kort en eenvoudig: van u! Nu moet u niet ophouden met lezen en zeggen:

Ik heb daar toch geen foto's over. Nee, leest u nou even verder.

Het gaat dus om foto's van adolescenten en alles wat daar mee te maken kan hebben. Dat is een breed thema, dat talloze mogelijkheden biedt. De expositie wordt verdeeld in drie categorieën: zwart-wit foto's, kleurenfoto's en kleurendia's. De beste twintig uit elke categorie (en daar is natuurlijk tenminste één foto van u bij . . .) worden flink uitvergroot, opgeplakt en opgehangen in de Arnhemse Schouwburg, waar het grootste deel van het congres zich af zal spelen. En de beste drie in elke categorie (zorgt dat uw foto ook daarbij is) krijgen een prijs die wij nog even geheim houden maar die zeer zeker de moeite waard is. O ja, u en ieder lid van uw gezin mag maximaal drie negatieven



en een afdruk van elk daarvan (tot 18 x 24) inzenden.

Die inzendtermijn sluit op 31 augustus. Stuurt u dus vóór die datum negatieven (maximaal dus drie per gezinslid en afdrucken op elk formaat (maar maximaal 18 x 24) naar: A. Jongerius, arts, Van Borsseleweg 5, Oosterbeek. U gelieve ze wel stevig in te pakken. Uiteraard worden de negatieven later naar u teruggestuurd.

Een deskundige jury zal de inzendingen beoordelen.

Goed, u kunt nu dus aan de slag. Succes!



---

# Professie en management in het ziekenhuis

## II Decentralisatie in de ziekenhuisorganisatie, een model

### 1. Inleiding

In ons artikel 'De medische professie in de ziekenhuisorganisatie' (Medisch Contact nr. . . .) hebben wij de spanningsrelaties tussen organisatie en professie beschreven. Daaruit hebben wij geconcludeerd dat decentralisatie in de organisatiestructuur gewenst is, dat wil zeggen een organisatorische opdeling van het ziekenhuis in relatief autonome delen (blokken). In dit artikel zullen wij de decentralisatiegedachte nader uitwerken waarbij wij in het bijzonder aandacht zullen schenken aan het blok als relatief autonoom deel van het ziekenhuis.

### 2. Doelstellingen

De behoefte aan decentralisatie vloeit in het algemeen voort uit de als 'te groot' beleefde omvang en/of de complexiteit van de organisatie. Wat de complexiteit van het werk in het ziekenhuis betreft, deze is de laatste jaren snel toegenomen. Rond het bed van de patiënt verschijnen nieuwe soorten zorgverleners en binnen de bestaande specialismen ontstaan steeds meer deelspecialisten. Centrale besturing van een steeds toenemend aantal activiteitensoorten vormt, vooral door de onderlinge afstemmingsvraagstukken die daarbij optreden, een probleem. Naarmate het aantal activiteiten en de complexiteit ervan toeneemt, neemt de slagvaardigheid en ook de effectiviteit van centrale besturing af. Decentralisatie betekent dat kleinere eenheden ontstaan waardoor de complexiteit als zodanig beter zichtbaar en dus ook beter

---

door **Drs. W. B. de Greve**  
en **Prof. Dr. H. K. A. Visser**



Drs. W. B. de Greve (links) is econoom, verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit van Leiden en tevens organisatieadviseur bij Van de Bunt, adviseurs voor organisatie en beleid te Amsterdam.

Prof. Dr. H. K. A. Visser is hoogleraar in de Kindergeneeskunde bij de Erasmus Universiteit te Rotterdam, verbonden aan het Sophiakinderziekenhuis, onderdeel van het Academisch Ziekenhuis te Rotterdam; hij is gedurende 5 jaren Medisch Directeur geweest van het SKZ.

---

bestuurbaar wordt. De afstand tussen besturingsniveau en uitvoeringsniveau wordt geringer. Naast de voordelen daarvan vanuit besturingsoogpunt, zijn er ook voordelen voor de uitvoerende functionarissen. Uitvoerende functionarissen beleven decentralisatie als een schaalverkleining. Zij kunnen zich gemakkelijk met hun eenheid (afdeling of groep van afdelingen) identificeren. De doelstellingen van de eigen afdeling zijn voor de individuele werker daarin beter zichtbaar dan de doelstellingen voor de totale organisatie. Met andere woorden de

betekenis van de eigen bijdrage aan de doelstellingen van de (eigen) afdeling lijkt van meer betekenis dan de invloed van deze bijdrage aan de totale organisatie.

Decentralisatie heeft evenwel ook nadelen. In de eerste plaats vraagt decentralisatie een ontwikkeld management op lager niveau, hetgeen energie vraagt en kosten met zich brengt. In de tweede plaats is er het probleem van de beleidsafstemming met betrekking tot de decentrale afdelingen: een coördinatieprobleem voor de centrale directie.

In het hiernavolgende willen wij een decentralisatievorm bespreken welke is geïnspireerd op een model dat in het Karolinska Hospitaal in Stockholm (academisch ziekenhuis, 1900 bedden) wordt gehanteerd. Wij noemen deze decentralisatievorm: de blokkenstructuur.

### 3. De blokkenstructuur

Volgens de blokkenstructuur wordt het ziekenhuis verdeeld in ca 4 à 8 relatief<sup>1</sup> autonome eenheden, blokken, waaraan een grote mate van verantwoordelijkheid is gedelegeerd. Deze verantwoordelijkheden liggen op het vlak van het dagelijks functioneren van het blok en op het vlak van de beleidsvoorbereiding. Dat wil zeggen dat het blok verantwoordelijk is voor de besteding van middelen binnen door de ziekenhuisdirectie vastgestelde budgetten. Ten aanzien van het gevoerde beleid van het blok is

---

1) Het aantal blokken hangt af van hierna te bespreken criteria.

(achteraf) verantwoordig  
verschuldigd aan de directie.

In de planning – zowel op korte als op lange termijn – speelt het blok een primaire rol. De centrale ziekenhuisdirectie beperkt zich tot een toezichthoudende, finaal vaststellende rol.

Hoe ziet zo'n blok er nu uit?

Een blok is een functionele eenheid, dat wil zeggen dat daarin een groep van organisatorisch onderling afhankelijk of identieke zorgactiviteiten zijn samengebracht. Het in ons vorig artikel aangehaalde Karolinska Hospitaal in Stockholm onderscheidt een zestal blokken: chirurgie, interne geneeskunde, specialismen met betrekking tot kinderen, obstetrie en gynaecologie, psychiatrie en sociaal geneeskundige zorg, oncologie laboratoria en röntgenologie. Ieder blok heeft een eigen blokleiding met eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Voor de bepaling van het aantal blokken en de samenstelling ervan gelden verschillende criteria. Om te beginnen kan worden uitgegaan van de voor de specifieke situatie gangbare medische indeling in afdelingen. Vaak loopt daaraan parallel de indeling in verpleegafdelingen, maar dat is zeker niet steeds het geval. Van geheel andere orde is het criterium: homogeniteit van activiteitensoort. Men denke aan een blok poliklinieken, een blok dagbehandeling of een blok verblijfskliniek<sup>2</sup>.

Van misschien minder invloed maar toch niet onbelangrijk is het criterium: geografische situering (paviljoenbouw, hoogbouw en dependances).

Voorts geldt dat de eenheid voldoende groot dient te zijn om de decentrale besturing renderend te doen zijn enerzijds en voldoende klein om de beoogde voordelen van management-on-the-site in de wacht te slepen anderzijds.

Tenslotte is het nastrevenswaardig om de blokken enigszins gelijk te doen zijn in termen van aantal personeelsleden, belangrijkheid binnen de totale organisatie en bestuurlijke complexiteit.

#### 4. Blokleiding

Ieder blok heeft een blokleiding, een

orgaan dat uit één of meer personen kan bestaan. Zij dienen enerzijds het vertrouwen te hebben van de werkers binnen het blok, anderzijds dienen zij voor de ziekenhuisdirectie een aanspreekbaar orgaan te zijn. Volgens deze criteria zal men in de regel een medicus en een verpleegkundige in de blokleiding aantreffen.

Afhankelijk van het soort werk dat binnen het blok wordt gedaan en het soort werkers die dat werk doen, zullen ook andere functionarissen in aanmerking kunnen komen voor een functie in de blokleiding.

Voorbeelden:

- de bedrijfsleider van het OK-complex in het blok heelkunde;
- de afdelingsadministrateur in het blok poliklinieken;
- de hoofdvroedvrouw uit het blok obstetrie en gynaecologie;
- de algemeen directeur van het ziekenhuisonderdeel 'kinderen'

Welke functionarissen deel uitmaken van de blokleiding is sterk afhankelijk van de omvang van het blok en van de aard van de activiteiten binnen het blok. Immers de besturingsvraagstukken van bijvoorbeeld een blok interne geneeskunde wijken sterk af zowel in omvang als in aard van bijvoorbeeld een blok 'röntgenologie en laboratoria'.

Voor een aantal blokken zal een driehoofdige blokleiding, een arts, een verpleegkundige en een administratieve functionaris aanwezig zijn. Maar voor bijvoorbeeld een blok 'chirurgie en OK's' zal één medicus in de leiding te weinig zijn: de operateurs en de anaesthesisten zullen wellicht beiden gerepresenteerd willen/moeten worden in de blokleiding.

Tussen de administratieve functionarissen in de blokleiding en de functionarissen die een professionele groepering vertegenwoordigen bestaat een belangrijk verschil. De administratieve functionarissen zijn als zodanig aangesteld en oefenen een *permanent beroep* uit. De professioneel vertegenwoordigende functionarissen daarentegen vervullen in de blokleiding een *tijdelijke functie*; na een periode van bijvoorbeeld 2 of 3 jaar wijden zij zich weer 100% aan hun eigenlijke beroep.

Het is denkbaar dat zij vanuit de blokgemeenschap worden gekozen en door de centrale directie worden benoemd. Deze functiewisseling heeft drie belangrijke voordelen:

- de professionele werker hoeft zijn professionele functie slechts tijdelijk op een laag pitje te zetten;
- de blokleiding als geheel wordt periodiek 'verfrist';
- aan meerdere professionals wordt een leersituatie in termen van management geboden.

De voordelen van het periodiek wisselen van professioneel vertegenwoordigende functionarissen gelden niet alleen op het niveau van blokleiding. Ook voor de centrale ziekenhuisdirectie is een wisselsysteem denkbaar. In het Karolinska Hospitaal wordt dit systeem voor de centrale directie toegepast. Voorwaarde voor een goed functionerend wisselsysteem is uiteraard dat de administratieve functionaris voor de continuïteit zorg draagt.

Afhankelijk van de autonomie van het blok – wij komen daar straks nog op terug – zal het blok de beschikking moeten hebben over een eigen staf(je). Als bijvoorbeeld het blok autonoom is op het gebied van personeelswerving en -selectie en op het gebied van het financieel beheer, dan dienen een personeelsfunctionaris en een administratieve functionaris aan de blokleiding te worden toegevoegd. Dit betekent dat daarmee functies uit de centrale staven, personeelszaken en financiële administratie worden overgeheveld naar het betreffende blok.

Onmiddellijk rijst hier uiteraard de vraag hoe ver men daarmee wil/kan gaan. Lang niet alle functies van de centrale staven en diensten zullen in aanmerking komen om naar het blokniveau te worden overgeheveld. Functies waarvan men zou kunnen overwegen ze in de blokorganisatie op te nemen zijn: personeelsfuncties: bijvoorbeeld selectie, carrièreplanning, functiemutaties; administratieve functies: bewaking personele en materiële budgetten; medisch administratieve functies: inschrijving, statusbeheer, etc.; verder functies op het gebied van technisch onderhoud, inkoop, hotellerie, transport.

---

2) Prof. Dr. J. C. H. Hattinga Verschure: Patiënt Ziekenhuis Gezondheidszorg op weg naar 2000 (1971) pagina 105 e.v. In het zogenaamde P-model wordt naar een indeling voor het ziekenhuis gestreefd volgens criteria van zorgintensiteit.

De centrale staven en diensten hebben in een blokkenstructuur een *dubbele* advies- c.q. werkrelatie. Naast hun relatie met de directie (zij zijn daaraan meestal 'rechtstreeks opgehangen') zijn er ook relaties met de blokken elk afzonderlijk, c.q. met de blokstaven (zie de figuur).

Het gevaar voor duplicatuur is hier niet denkbeeldig. Het behoort tot de taak van de directie om erop toe te zien dat er voldoende afstemming (dat wil zeggen geen overlappings en geen gaten) is tussen centrale en decentrale staffuncties.

De preciese organisatorische positie van de administratieve functionaris in de blokleiding hangt af van zijn 'zwaarte': zijn kennen en kunnen en zijn verantwoordelijkheden.

Afhankelijk van het blok zal er behoefte zijn aan een bepaalde zwaarte van de functie.

Organisatorisch kunnen vier situaties worden onderscheiden:

- A. de administratieve functionaris neemt een *bovenschikkende* positie in de blokleiding in; hij is voorzitter of primus inter pares;
- B. hij is *nevengeschikt binnen* de blokleiding; hij heeft dan wel 'stemrecht' maar geen zwaardere stem dan de anderen;
- C. hij is *nevengeschikt buiten* de blokleiding; hij is een belangrijk adviseur van de blokleiding echter zonder stemrecht;
- D. hij is *ondergeschikt* aan de blokleiding.

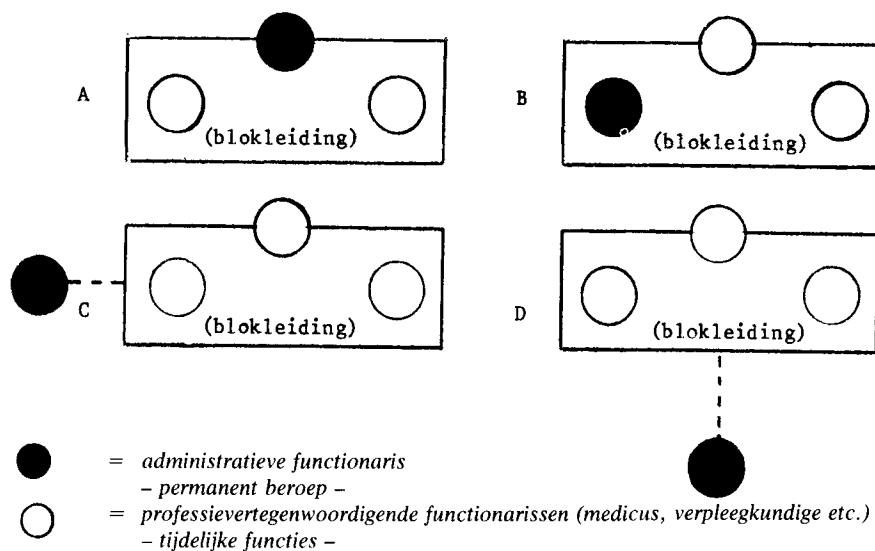
Wat betreft de naamgeving van de administratieve functionaris kan – afhankelijk van de situatie – worden gedacht aan: algemeen directeur, hoofd, voorzitter, afdelingsdirecteur, directeur-beheerder, beheerder-coördinator, beheerder, secretaris, administrateur, manager, assistent(e).

Wij zullen deze mogelijkheden hier niet verder uitwerken. Er zij slechts de aandacht op gevestigd dat er verschillende mogelijkheden zijn voor het samenstellen van een blokleiding. Het is niet noodzakelijk dat alle blokken in een ziekenhuis een gelijkvormige leidinggevende structuur hebben al zijn daaraan uiteraard wel voordelen verbonden.

## 5. Autonomie van het blok

De mate waarin een blok zelfstandig

## De organisatorische positie van de administratieve functionaris in de blokleiding



is, de blokleiding eigen bevoegdheden heeft, hangt van een veelheid van factoren af. De overwegingen om voor een bepaald niveau van autonomie voor het blok te kiezen hebben wij grotendeels elders behandeld. In dit artikel willen wij volstaan met het onderscheiden van niveaus van autonomie.

### I. Het beheersniveau

In dit geval heeft de blokleiding slechts een beheersverantwoordelijkheid ten aanzien van de haar toegewezen middelen: personeel, ruimten, materiële middelen. De blokleiding functioneert dan als *beheerscentrum*, dat wil zeggen dat zij toeziet op de naleving van centraal geformuleerde regels en op de uitvoering van het centraal geformuleerde beleid. De blokleiding heeft primair een *signaleringsverantwoordelijkheid*, waartoe tal van registratiesystemen zijn opgezet (bijvoorbeeld ten aanzien van bedbezetting, personeelssterkte, vakantieplanning, budgetoverzichten enz.). Voor de directie vormt de blokleiding het centrale adres van het blok voor beheerszaken.

### II. Het beleidsvormende niveau

Kent het blok een hogere graad van autonomie dan heeft de blokleiding naast een (relatief passieve) signaleringsverantwoordelijkheid tevens een (actieve) *initiërende verantwoordelijkheid*. Dat wil zeggen dat zij ten aanzien van de

ontwikkeling van het blok in de toekomst in de meest ruime zin van het woord een beleid formuleert en concrete jaarwerkplannen opstelt. Deze hebben niet alleen betrekking op de ontwikkeling binnen de medische of verpleegkundige professie, maar omvatten het totale gebeuren binnen het blok. De centrale directie neemt ten aanzien van de beleidsnota's en jaarwerkplannen besluiten en behoudt daarmee haar beleidsbepalende verantwoordelijkheid in belangrijke mate.

### III. Het beleidsbepalende niveau

In dit geval staat de centrale directie een belangrijk deel van haar bevoegdheden en verantwoordelijkheden af aan de autonome blokken. Zelfs de *economische verantwoordelijkheid* wordt primair in handen gelegd van de blokleiding. Dit wil zeggen dat in belangrijke mate bestedingsverantwoordelijkheden (zowel personeel als materieel) op het blokniveau komen te liggen. Het gebruik dat van de centrale staven en diensten wordt gemaakt is daardoor geminimaliseerd, omdat een groot aantal functies binnen het blok zijn ondergebracht (zie vorige paragraaf).

## 6. Medische staf

Naarmate de autonomie van het blok groter is, zullen de medici hun inbreng in de beleidsontwikkeling met name

binnen het blok moeten realiseren. Daarmee is de beleidsbepalende functie van de medische staf goeddeels overgeheveld naar de blokken. Medische beleidskwesties zullen de directie dus primair via de blokleiding bereiken, zoals dat ook voor andere professies als bijvoorbeeld de verpleging geldt. Dit hoeft uiteraard niet te betekenen dat de medische staf geheel kan verdwijnen. Het zal noodzakelijk blijven dat de belangen van de ontwikkeling van de medische *professie als zodanig* op een vaste plaats in de organisatie kunnen worden behartigd.

In Karolinska spreekt men van een Läkäråd (artsenraad), waarbij men moet denken aan medici die algemene medische zaken bespreken als bijvoorbeeld kwaliteitsbewaking, ziekenhuisdocumentatie, opleiding, klachtenbehandeling etc. De Läkäråd onderscheidt zich uitdrukkelijk van de Chefläkare (vergadering van medici-blokchefs), waarin het korte en middellange beleid voor de blokken en de begrotingen voor de blokken worden besproken. Medici worden aldus duidelijk onderscheiden in hun puur professionele functie (welke zij allemaal vervullen) en in hun leidinggevende organisatorische functie (blokchef).

In Nederland is de relatie medische staf – ziekenhuisorganisatie sterk in discussie. Het meest recente discussiestuk vormt wel het rapport van de LSV-taakgroep 'Relatie Bestuur, Directie en Medische staf' van december 1976 (formeel nog niet gepubliceerd). Terecht o.i. vragen medici zich zowel individueel als in medisch stafverband af welke organisatorische verantwoordelijkheden zij zouden moeten dragen voor (delen van) het ziekenhuisfunctioneren. Zij zijn het immers 'bij wie de gezondheidszorgconsumptie werkelijk begint', zo schreven wij in ons vorig artikel. Gelet op de belangen van de consument past het de medicus, méér dan louter professionele verantwoordelijkheden te aanvaarden.

3) Doordat het rapport nog niet formeel vrij is, kunnen wij deze stelling thans niet nader toelichten.

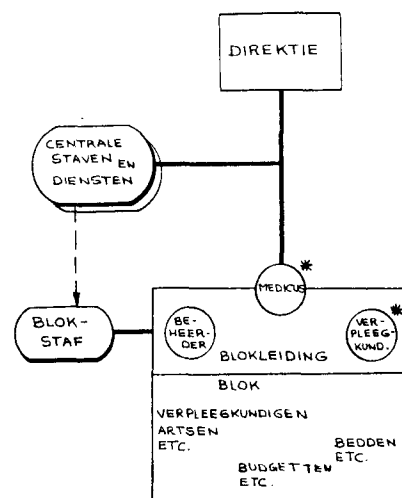
In genoemd LSV-rapport worden enige modellen beschreven waarin medici met een verantwoordelijkheidsgevoel voor méér dan het medisch handelen alléén, zich zeker thuis zullen voelen (Bedoeld wordt met name hoofdstuk 5.4 van adaptatiemodel naar netwerkmodel).

Echter de vraag welke organisatiestructuur geschikt is om de hier beschreven situaties te bereiken, blijft in dit rapport geheel onbesproken (vormde trouwens ook geen onderdeel van de opdracht). Met de blokkenstructuur menen wij een ordeningsprincipe te hebben aangedragen dat zeker de aandacht verdient van hen die zich concreet willen gaan bezighouden met de consequenties van het gestelde in het rapport van de taakgroep<sup>3</sup>.

## 7. Conclusie

Het principe van de decentralisatie van de ziekenhuisorganisatie verdient o.i. de aandacht vanuit verschillende overwegingen. De door ons beschreven blokkenstructuur kan reeds als theoretisch model bruikbare aanknopingspunten bieden voor de

De dubbele advies- en werkrelaties van de centrale staven en diensten

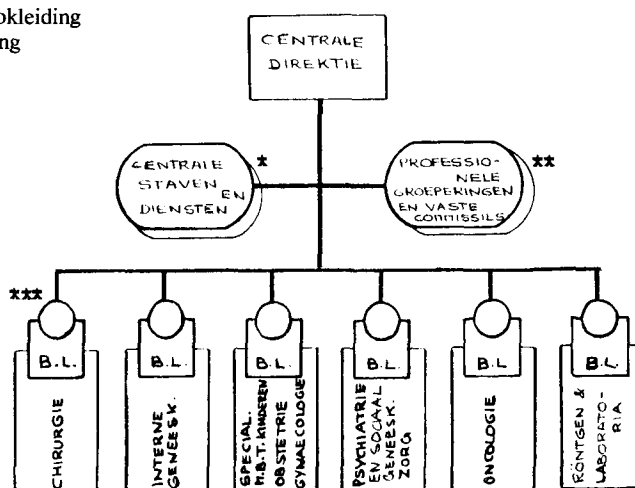


\* Tijdelijke functies

discussie over decentralisatiestructuren in ziekenhuizen. Daarbij denken wij niet alleen aan de grotere, maar zeker ook aan de middelgrote ziekenhuizen. In ons derde en laatste artikel zullen wij het functioneren van de blokkenstructuur vanuit de praktijk beschrijven.

Vereenvoudigd schema organisatiestructuur Karolinska Hospitaal Stockholm

○ = hoofd blokleiding  
BL = blokleiding



\* Zoals bijvoorbeeld personeelszaken, civiele dienst, medische registratie, automatisering, etc.

\*\* Zoals bijvoorbeeld medische staf, verpleegkundige staf, medisch-maatschappelijk werk, etc.

\*\*\* Men bedenke dat het hier om een academisch ziekenhuis van 1900 bedden gaat; een kleiner ziekenhuis zal uiteraard een kleiner aantal blokken tellen. Voor een gewoon ziekenhuis van ca 400 bedden zal bijvoorbeeld een aantal van 4 blokken reëel zijn (chirurgie, interne, röntgen + laboratoria en een 'restblok').



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

#### Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

#### Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

#### Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

#### Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris van deze drie colleges;  
W. J. de Jager, secretaris van het Centraal College tot 1-6-1978;  
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris.  
Telefoon 030-887021 en 885411.



van het centraal bestuur

## Vergoedingsprijzen van medicamenten voor ziekenfondsverzekerden

Met ingang van 1-3-1978 zijn de vergoedingsprijzen voor valium 2 mg. en 5 mg. en glifanin gewijzigd. De andere prijzen zijn gelijk gebleven. Volledigheidshalve volgt hieronder het totale lijstje.

(1000)	aldomet	250 mg.	10 st. ....	f 1,97
(1000)	brufen	200 mg.	10 st. ....	f 2,09
(500)	brufen	400 mg.	10 st. ....	f 4,13
(1000)	glifanin		10 st. ....	f 3,15
(1000)	indocid	25 mg.	10 st. ....	f 2,38
(1000)	librium	10 mg.	10 st. ....	f 0,77
(2000)	valium	2 mg.	10 st. ....	f 0,47
(2000)	valium	5 mg.	10 st. ....	f 0,84

J. B. Schueler, arts, voorzitter  
ziekenfondstarievencommissie-farmaceutische sectie



## Oproep en agenda algemene ledenvergadering d.d. 30 mei 1978

De Algemene Ledenvergadering van de OLMA wordt gehouden op dinsdag 30 mei 1978, aanvang 19.30 uur in de Domus Medica, Lomanlaan 103, Utrecht.

### Agenda

1. Opening
2. Aanwijzing van een secretaris en een lid, ter vaststelling van de notulen.
3. Directieverslag en goedkeuring jaarstukken 1977.
4. Commissarisverkiezingen:  
Commissarissen van de OLMA dienen, als statutair is geregeld, gekozen te worden door de leden van de OLMA uit een bindende voordracht, bevattende twee namen in volgorde van voorkeur, opgesteld door de KNMG c.q. de maatschappelijke verenigingen.  
In de Algemene Ledenvergadering 1978 is volgens rooster aftredend de op voordracht van de LSV gekozen commissaris J. Th. Groenewegen. Van de LSV is, ter voorziening

## VERTROUWENSARTSEN/ KINDERMISHANDELING

- Amsterdam: Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
- Arnhem: Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
- Breda: Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
- 's-Gravenhage: Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
- Groningen: Provincies Groningen en Drenthe. Postbus 145, tel. 050-232003;
- Leeuwarden: Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
- Maastricht: Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
- Rotterdam: Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
- Utrecht: Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
- Zwolle: Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.

in deze vacature, de volgende bindende voordracht ontvangen: 1. J. Th. Groenewegen, dermatoloog te Heerlen; 2. J. Heckman, chirurg te Apeldoorn.

Voorts hebben de commissarissen, gekozen op voordracht van de LHV de wens te kennen gegeven tussentijds te willen aftreden. Ter voorziening in deze vacatures zijn van de LHV de volgende bindende voordrachten ontvangen:

Vacature W. Vegelin: 1. F. A. van Spanje, huisarts te Rotterdam en 2. H. J. C. Leusink, huisarts te Anjum.

Vacature A. Lubbers: 1. .... en 2. ....

5. Rondvraag.

6. Algemene vragen.

7. Sluiting.

De aandacht wordt nog gevestigd op artikel 23 van de Statuten van de OLMA: 'Teneinde stemrecht te kunnen uitoefenen moet het lid uiterlijk op de derde dag, voorafgaande aan die der vergadering, zijn voornemen om in persoon of bij schriftelijke gemachtigde aan de vergadering deel te nemen, ter kennis van de directie hebben gebracht.'

Namens de Raad van Commissarissen:

W. van Bork, voorzitter

A. M. Gründeman, secretaris.